

Itsehallinnan kautta itsenäisyyteen ja auttamalla aktiiviseksi?

Tutkimus mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvista biovallan muodoista ja kuntoutujien biovallasta tuottamista diskursseista

Annariikka Kivivuori

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Yhteiskuntatutkimuksen pro gradu-tutkielma

Lokakuu 2016

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Kivivuori, Annariikka: Itsehallinnan kautta itsenäisyyteen ja auttamalla aktiiviseksi? Tutkimus mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvista biovallan muodoista ja kuntoutujien biovallasta tuottamista diskursseista

Pro gradu-tutkielma, 95 sivua + 5 liitesivua

Yhteiskuntatutkimus

Ohjaaja: Ritva Nätkin

Lokakuu 2016

Pro gradu-tutkielmassani tutkin, millaista vallankäyttöä mielenterveyskuntoutujat kohtaavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä ja miten he suhtautuvat kohtaamaansa vallankäyttöön. Tavoitteena on tutkia hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä tapahtuvaa vallankäyttöä kuntoutujien näkökulmasta. Tutkimuskysymyksiä on kaksi: Millaista biovaltaa mielenterveyskuntoutujat kohtaavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä? Miten mielenterveyskuntoutujat suhtautuvat kohtaamaansa biovaltaan? Tutkimukseni teoreettisena viitekehyksenä on Michel Foucault'n valtakäsitys ja tästä valtakäsityksestä johdettu hallinnan analytiikka, jonka keskeisiä tutkijoita ovat Nikolas Rose, Peter Miller ja Mitchell Dean.

Tutkimusaineistonani on kuudentoista mielenterveyskuntoutujan litteroidut haastattelut, jotka on kerätty osana laajempaa tutkimusprojektia. Aineisto on valmis aineisto, jonka olen saanut käyttööni yhteiskuntatieteellisestä tietoaarkistosta alkuperäisten aineiston kerääjien luvalla. Aineiston analyysiin käytettyjä tutkimusmenetelmiä on kaksi. Mielenterveyskuntoutujien kohtaamaa biovaltaa olen luokitellut ja analysoinut sisällönanalyysin avulla, ja mielenterveyskuntoutujien suhtautumista kohtaamaansa biovaltaan olen analysoinut kriittisen diskurssianalyysin avulla.

Tutkimuksessani olen luokitellut mielenterveyskuntoutujien kohtaaman biovallan kolmeen luokkaan: pakkovaltaan, päätös- ja ohjevaltaan ja hallinnallistavaan valtaan. Jokainen luokka sisältää useita alaluokkia, jotka osoittavat mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvan biovallan monimuotoisuuden sekä ruumiillisen ja henkisen vallankäytön yhteen kietoutumisen. Mielenterveyskuntoutujien kohtaamastaan vallankäytöstä tuottamat diskurssit olen erotellut kolmeksi diskurssiksi: valta tukena ja turvana, valta kontrollina ja painostamisena sekä valta välttämättömänä osana elämää. Keskeisiä ovat diskurssien väliset erot suhtautumisessa hoidon aikana kohdattuun biovaltaan ja eri diskursseissa vallitsevat erilaiset käsitykset kuntoutujan omasta toimijuudesta.

Tutkimukseni keskeinen tulos on, että mielenterveyskuntoutujiin kohdistuu hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä monenlaista vallankäyttöä, mikä ei ole ongelmatonta ja ristiriidatonta kuntoutujan näkökulmasta. Toinen keskeinen tulos on se, että mielenterveyskuntoutujilla on erilaisia suhtautumistapoja kohtaamaansa vallankäyttöön, ja että nämä suhtautumistavat johtavat erilaiseen toimijuuteen hoitojärjestelmässä.

Avainsanat: mielenterveys, hallinnan analytiikka, biovalta, diskurssi, toimijuus

Sisällysluettelo

| | |
|---|----|
| 1. Johdanto | 1 |
| 2. Miten mieltä hallitaan? | 4 |
| 2.1 Mielenterveys – mitä se oikein on? | 4 |
| 2.1.1 Mielenterveyden häiriöiden diagnosointi ja luokittelu | 7 |
| 2.1.2 Mielenterveyden häiriöiden hoito: historia ja nykytilanne | 9 |
| 2.2 Foucault’lainen valtakäsitys ja hallinnan analytiikka | 13 |
| 2.2.1 Tiedon ja vallan liitto: biovalta ja biopolitiikka | 17 |
| 2.2.2 Mielenterveysongelmaisten normalisoiva hallinta | 21 |
| 2.2.3 Biomedikaalinen malli ja mielenterveyden moderni hallinta | 23 |
| 3. Tutkimuksen toteutus ja metodologia | 25 |
| 3.1 Tutkimuskysymykset ja tutkimusasetelma | 25 |
| 3.2 Tutkimusaineisto | 26 |
| 3.3 Aineiston analyysimenetelmät | 28 |
| 3.3.1 Sisällönanalyysi ja aineiston luokittelu | 29 |
| 3.3.2 Diskurssintutkimus ja kriittinen diskurssianalyysi | 30 |
| 3.3.3 Kriittinen diskurssianalyysi tämän tutkimuksen kontekstissa | 33 |
| 3.4. Tutkimusetiikka | 34 |
| 4. Pakkokeinoista paradokseihin – kuntoutujien kohtaama biovalta | 39 |
| 4.1 Pakkovallan esiintyminen | 39 |
| 4.1.1 Tahdosta riippumaton hoito | 39 |
| 4.1.2 Testit, diagnoosit ja lääkitys vallankäyttönä | 42 |
| 4.2 Päätös- ja ohjevallan esiintyminen | 46 |
| 4.2.1 Tiedon kontrollointi vallankäyttönä | 46 |
| 4.2.2 Ajankäytön ja päiväohjelman kontrollointi | 48 |
| 4.2.3 Lempeä pakottaminen ja holhoava ohjaus | 50 |
| 4.2.4 Portinvartijat hoidon kontrolloijina | 54 |
| 4.3 Hallinnallistavan vallan esiintyminen | 57 |
| 4.3.1 Toivotun identiteetin tuottaminen | 58 |
| 4.3.2 Paradoksaalinen itsenäisyys | 60 |
| 4.3.3 Ristiriitainen aktiivisuus | 62 |
| 4.4 Ruumiin kuria ja mielen hallintaa | 65 |
| 5. Tukea, pakkoa vai normaalia elämää? | 67 |

| | |
|---|----|
| 5.1 Valta tukena ja turvana | 68 |
| 5. 1.1 Hoito tukena ja apuna elämän ongelmakohdissa | 68 |
| 5. 1.2 Yhteisön tarjoama tuki | 69 |
| 5.1.3 Kuntoutuja aktiivisena toimijana ja päättäjänä..... | 71 |
| 5.2 Valta kontrollina ja painostamisena | 73 |
| 5.2.1 Hoito painostuksena ja pakotuksena | 73 |
| 5.2.2 Kuntoutuja yksinäisenä vastarannan kiiskenä..... | 74 |
| 5.3 Valta välttämättömänä osana elämää ja arkea..... | 76 |
| 5.3.1 Hoito oikeutettuna patistamisena ja mukaan vetämisenä | 77 |
| 5.3.2 Kuntoutuja mukautujana ja sopeutujana | 78 |
| 6. Tutkimustulosten yhteenveto ja pohdinta | 80 |
| Lähteet..... | 86 |
| LIITTEET | 96 |

1. Johdanto

Helsingin Sanomat uutisoi verkkolehdessään tammikuussa 2015 otsikolla ”Mielenterveysongelmat ajavat nuoria eläkkeelle ennätysmäärän”. Uutisartikkelin mukaan vuonna 2013 nuoria aikuisia siirtyi mielenterveysongelmien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle 2800, mikä on enemmän kuin koskaan aiemmin. (*Helsingin Sanomat* 3.1.2015.) Mielenterveysongelmat ja niiden väitetty lisääntyminen ovatkin jatkuvan yhteiskunnallisen keskustelun ja huolen aiheena niin asiantuntijoiden lausunnoissa, mediassa kuin maallikoiden kahvipöytäkeskusteluissakin. Masennuksesta puhutaan yleisesti jo sydän- ja verisuonisairauksien veroisena kansantautina. Myös osa mielenterveysalan asiantuntijoista on huolissaan mielenterveysongelmien lisääntymisestä ja niiden aiheuttamista kasvaneista kustannuksista, jotka nähdään uhkiksi kansanterveydelle ja -taloudelle (Esim. Eskola 2007, 39–42). Mielenterveysongelmat itsessään eivät kuitenkaan ole välttämättä lisääntyneet (Pirkola & Sohlman 2005, 5–6). Historioitsija Petteri Pietikäinen (2013) tarjoaa kolme syytä yleiselle käsitykselle mielenterveysongelmien lisääntymisestä. Ensimmäinen on mielenterveyden häiriöiden diagnostisten kriteereiden laajentuminen, toinen biomedikaalisen puhutavan yleistyminen ja kolmas päihteiden käytön lisääntyminen, mikä saattaa näkyä päihteiden käyttöön liittyvien mielenterveyden häiriöiden kasvuna. (Em., 393–394.)

Selvää on kuitenkin mielenterveyspalveluiden käytön ja mielenterveysongelmiin liittyvien sosiaalietuuksien myöntämisen lisääntyminen ja niihin liittyvien kustannusten kasvu (Pirkola & Sohlman 2005). Esimerkiksi vuonna 1992 Kansaneläkelaitoksen tukemaa harkinnanvaraista psykoterapiaa sai 4264 henkilöä ja kustannukset olivat 8,4 miljoonaa euroa, kun vuonna 2003 samaa psykoterapiaa sai jo 10 309 henkilöä kustannusten ollessa 20,5 miljoonaa euroa (Em., 30). Samoiten mielenterveydellisten syiden vuoksi myönnettävien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on noussut: vuonna 1996 mielenterveydellisten syiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 5500 henkilöä, kun vuonna 2003 vastaava luku oli noin 8000 (Lehto ym. 2005, 9–10). Myös psyykenlääkkeiden ja erityisesti masennuslääkkeiden käyttö on kasvanut Suomessa huomattavasti 1990-luvulta eteenpäin. Masennuslääkkeiden käyttö on viisinkertaistunut ja SSRI-lääkkeiden kymmenkertaistunut vuosien 1993 ja 2009 välillä.¹ (Hautamäki, Helén & Kanula 2011, 77–78.)

¹ Masennuslääkkeet ovat yleisnimitys masennuksen hoitoon käytetyistä lääkkeistä. SSRI-lääkkeet (selective serotonin reuptake inhibitor) ovat uusia, 1990-luvulla yleistyneitä masennuslääkkeitä, joiden avulla voidaan hoitaa myös muita psyykkisiä ongelmia kuin masennusta. (Partonen, Lönnqvist & Syväjärvi 2014, 837-840.)

Vuonna 2015 Suomesta maksettiin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosin perustella työkyvyttömyyseläkettä 108 595 henkilölle (Tilastotietokanta Kelasto). Myös mielenterveyspalvelujen käyttö on laajaa, sillä vuonna 2014 mielenterveystyön avohoitokäyntejä oli 2,5 miljoonaa. Näistä käynneistä 75 prosenttia oli erikoissairaanhoidossa. Vuonna 2014 perusterveydenhuollossa puolestaan oli 630 000 mielenterveystyön käyntiä. (Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2015, 37.) Yhteiskunnan kannalta mielenterveyspalvelut ovatkin keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja niillä on merkitystä yhteiskunnan toiminnan kannalta (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 11.)

Vaikka mielenterveysongelmista puhutaan paljon, jää asianomaisten ääni usein kuulematta. Millaista on olla mielenterveysongelmainen ja mitä vaikutuksia sillä on yksilön elämään? Miten mielenterveysongelmaiset kohdataan yhteiskunnassa yhteisöjen ja julkisen vallan instituutioiden piirissä? Mielenterveyden häiriöön sairastuminen on yksilön elämänsä aikana usein pysäyttävä ja elämää muokkaava kokemus. Henkilökohtaisella tasolla sairastuminen merkitsee pitkäaikaista tai mahdollisesti loppuelämän kestävää oireilua ja kärsimystä. Lisäksi se merkitsee usein tipahtamista yhteiskunnan marginaaliin, minkä vuoksi yksilö joutuu määrittämään identiteettiään ja rooliaan yhteiskunnan jäsenenä uudelleen. (Hyväri 2011.) Mielenterveyskuntoutuja joutuu myös sopeutumaan rooliinsa leimatun identiteetin kantajana. Leimatulla identiteetillä tarkoitetaan sosiaalista identiteettiä, johon liittyy voimakkaita ja negatiivisia mielikuvia (Juhila 2004). Erving Goffmanin (1961) mukaan mielenterveyden häiriöiden olemassaolo sinällään ei välttämättä leimaa yksilön identiteettiä, vaan leimaantuminen tapahtuu vasta yksilön joutuessa tekemisiin mielenterveyshoidon instituutioiden, erityisesti mielisairaalan, kanssa.

Mielenterveyden keskusliiton toteuttamalla *Mielenterveysbarometri 2015* – tutkimuksella tutkittiin suomalaisten käsityksiä mielenterveysongelmista ja mielenterveyskuntoutujista. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin mielenterveyskuntoutujien arkipäivään liittyviä ongelmia ja haasteita. Tutkimukseen haastateltiin 301:tä mielenterveyskuntoutujaa ja mielenterveyskuntoutujan omaista. Yhteistyössä Suomen psykiatriyhdistyksen ja Suomen psykologiliiton kanssa selvitettiin 268 mielenterveysalan ammattilaisen mielipiteitä mielenterveyskuntoutujien asemasta yhteiskunnassa sekä mielenterveyspalvelujen riittävydestä. Lisäksi haastateltiin 1055:tä 15–74-vuotiaasta suomalaista heidän asenteistaan mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Tutkimuksessa kysyttiin, mitä ihmisryhmiä suomalaiset eivät haluaisi naapureikseen. Kyselyn mukaan mielenterveyskuntoutujat olivat kuudenneksi ei-toivotuimpia naapureita ja skitsofreniaa sairastavat neljänneksi ei-

toivotuimpia. Mielenterveysongelmaisten ei myöskään koettu olevan täysivaltaisia yhteiskunnan jäseniä, ja haastatelluista 15–74-vuotiaista suomalaisista 18 prosenttia oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän ”minusta on epämukavaa tai pelottavaa kohdata mielenterveysongelmia kokeneita henkilöitä” kanssa. Mielenterveysongelmien vuoksi leimatuksi koki tulleen 39 prosenttia kyselyyn vastanneista mielenterveyskuntoutujista ja 24 prosenttia koki muiden ihmisten välttelevän heidän seuraansa mielenterveysongelmien vuoksi. (Mielenterveysbarometri 2015.)

Mielenterveysbarometrin tulokset viittaavat siihen, että mielenterveysongelmaiset joutuvat edelleen elämään yhteiskunnan marginaalissa. Mielenterveyden häiriöstä saatu diagnoosi on usein välttämätön avun saamisen kannalta. Osa sairastuneista saattaa kokea diagnoosin helpottavana: elämää haitanneille oireille on saatu selitys. Lisäksi diagnoosi antaa oikeutuksen sairastaa ja pyytää apua ja mahdollistaa paranemisprosessin alkamisen. (Kulmala 2005, 288, 291.) Diagnoosin saaminen kuitenkin kategorisoi yksilön, joka ei ole enää luokiteltavissa terveeksi vaan mielenterveysongelmaiseksi. Tällaisella luokittelulla on väistämättä vaikutusta yksilön identiteettiin, minkä Päivi Rissanen (2015) ja Anna Kulmalan (2006) väitöstudkimukset osoittavat. Avun hakeminen mielenterveysongelmaan tuo yksilön osaksi yhteiskunnan instituutioita, joissa yksilö kohtaa vallankäyttöä. Yhteiskunnan ja mielenterveysongelmiin sairastuneiden välille muodostuu yhteyksiä, jotka ovat myös biovallan paikkoja. Lyhyesti määriteltynä biovallalla tarkoitetaan sellaista vallankäyttöä ja kontrollia, joka kohdistuu elävään ihmisruumiiseen ja pyrkii hyödyntämään ja jalostamaan ruumiiseen tai mieleen kytkeytyviä kykyjä ja voimia (Rose 2007, 53).

Mielenterveysongelmista puhuttaessa käytettävät käsitteet eivät ole yhdentekeviä vaan niillä on merkitystä, sillä ne luovat ja uusintavat sosiaalista todellisuutta. Valituilla käsitteillä voi olla merkitystä myös sairastuneille itselleen. (Rissanen 2015, 159–165.) Tutkielmassani käytän aiempaa tutkimusta ja teoriaa kuvatessani käsitettä, jota alkuperäinen tutkijakin on käyttänyt. Oma aineistoani käsiteltäessä käytän joustavasti käsitteitä potilas, asiakas ja kuntoutuja. Käsitettä potilas käytän, kun aiheena on laitoshoido, diagnosointi ja lääkitys, sillä lääketieteen kontekstissa sairastunut käsitteellistetään potilaaksi. Asiakkaan käsitettä käytän kuvatessani laajemmin mielenterveyspalveluiden asiakkuutta. Kuntoutujan käsitettä käytän, kun kyse on mielenterveyskuntoutukseen osallistumisesta.

Pro gradu-tutkielmassani tutkin, millaista biovaltaa mielenterveyskuntoutujat kohtaavat mielenterveyshoidossa sairastumisensa ja kuntoutumisensa aikana. Tutkimuskysymyksiä on kaksi: **Millaista biovaltaa mielenterveyskuntoutujat kohtaavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä?** ja **Miten mielenterveyskuntoutujat suhtautuvat kohtaamaansa biovaltaan?** Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä käytän Michel Foucault'n valtateoriasta polveutuvaa hallinnan analytiikkaa, jonka teoretisointia ovat Foucault'n jälkeen jatkaneet erityisesti brittisosiolegit Nikolas Rose (1990; 2007) ja Peter Miller (2010) sekä australialainen sosiologi Mitchell Dean (1999). Aineistonani käytän mielenterveyskuntoutujien haastatteluita, joita analysoin sisällönanalyysin ja kriittisen diskurssianalyysin avulla.

Tutkielma etenee tutkimuksen teoreettisten taustojen selvennyksestä aineiston ja metodien esittelyyn ja siitä analyysiin. Luvussa kaksi määrittelen tutkimuksen keskeiset käsitteet, esittelen tutkimuksen teoriataustan ja teen kirjallisuuskatsauksen alan keskeisiin tutkimuksiin. Luvussa kolme esittelen tutkimuksen aineiston ja aineiston analyysiin käytettävät metodit ja otan kantaa tutkimukseen tekoon liittyviin eettisiin kysymyksiin. Luvuissa neljä ja viisi esittelen analyysin keskeiset tulokset. Luvussa kuusi teen yhteenvedon tuloksista ja pohdin niiden merkityksiä.

2. Miten mieltä hallitaan?

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen eli selvennän tutkimuksen taustalla olevia keskeisiä teorioita ja käsitteitä. Alaluvussa 2.1 määrittelen mielenterveyden ja mielenterveyden häiriön käsitteet ja peilaan niiden suhdetta toisiinsa. Esittelen myös lyhyesti Suomen mielenterveyshoidon historiaa ja nykytilannetta sekä mielenterveyshoidon palvelujärjestelmää. Alaluvussa 2.2 avaun foucault'laisen valtakäsityksen ja määrittelen hallinnan analytiikan keskeisiä käsitteitä ja esittelen niiden tutkimuksellisia sovelluksia erityisesti mielenterveyden kontekstissa.

2.1 Mielenterveys – mitä se oikein on?

Mielenterveydestä puhutaan paljon, mutta mitä sillä oikeastaan tarkoitetaan? Kuka on mieleltään terve ja kuka puolestaan ei? Mielenterveys on monimuotoinen käsite, jolle ei ole yhtä selkeää määritelmää, vaan mielenterveyttä voidaan määritellä monin tavoin ja monista eri lähtökohdista (Rogge 2011; Toivio & Nordling 2013, 60–64). Aivotutkija Riitta Harin ym. (2015) mukaan mielenterveys on aiemmin käsitetty staattisena joko tai kategoriana, jossa ihmisen on nähty olevan

joko mieleltään terve tai sairastunut. Tällöin mielenterveys käsitetään yksilön ominaisuutena, yksilön mielen vahvuutena tai heikkoutena. (Em., 135–170.) Viime vuosikymmeninä mielenterveys on kuitenkin alettu ymmärtää pikemminkin moniulotteisena jatkumona (Enns ym. 2016, 71). Mielenterveys ei siis ole staattinen tila, vaan se vaihtelee kuten yleinen terveydentilakin (Toivio & Nordling 2013, 60). Elämässä tapahtuvat muutokset, kriisit ja sattumat liikuttavat yksilöä mielenterveyden jatkumon ääripäiden välillä. Liikettä tapahtuu yksilön elämän aikana molempiin suuntiin, eikä kerran mieleltään sairastunut yksilö ole tuomittu ikuiseen sairastamiseen vaan liikkuminen akselilla takaisin terveen suuntaan on mahdollista. (Hari ym. 2015, 135–170.)

Psykiatrian professorit Jouko Lönnqvist ja Johannes Lehtonen (2014) määrittelevät mielenterveyden prosessiksi, joka on jatkuvassa muutoksessa varhaislapsuudesta vanhuusikään. Lisäksi mielenterveys on heidän mukaansa suhteellista, sillä kukaan ei ole mieleltään täysin terve tai täysin sairastunut, vaan myös mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla on mielessään terveitä piirteitä ja puolia. (Em., 18–23.) Maailman terveysjärjestö WHO puolestaan määrittelee mielenterveyden seuraavasti: mielenterveys on kokonaisvaltainen hyvinvoinnin tila, jonka avulla yksilö kykenee toteuttamaan omaa potentiaaliaan. Yksilö kykenee työskentelemään, antamaan oman panoksensa yhteisölleen ja kestämiinsä ja hallitsemaan normaaliin elämään kuuluvaa stressiä sekä tuntemaan elämänsä mielekkääksi. WHO:n määrittely mielenterveydestä tukeutuu positiivisen mielenterveyden käsitteeseen. (World Health Organisation 2001, 3–5.) Positiivisen mielenterveyden käsitteessä mielenterveys nähdään dynaamisena hyvinvoinnin tilana ja positiivisina voimavaroina, joiden avulla yksilö voi elää mielekkästä ja onnellista elämää (Herman 2011, 406–407; Rogge 2011, 51–53; Toivio & Nordling 2013, 65–66).

Mielenterveyteen voidaan edellä mainittujen ominaisuuksien lisäksi liittää myös sellaisia piirteitä kuin aktiivisuus, joustavuus ja sopeutuminen muutoksiin, kyky tuntea myönteisiä tunteita itseä ja muita kohtaan ja kokemus oman minuuden jatkuvuudesta ja eheydestä (Hari ym. 2015, 137–139). Eräs tapa määritellä mielenterveyttä on Jouko Lönnqvistin ja Johannes Lehtosen (2014) määrittely mielenterveydestä kykyjen kokonaisuutena. Hyvä toimintakyky ja toimintakyvyn säilyttäminen elämän muutosten keskellä kuuluu hyvään mielenterveyteen. Myös riittävä kyky negatiivisten tunteiden hallintaan sekä kyky luoda ihmissuhteita ja välittää muista ihmisistä sekä ilmaista omia tunteita ovat osa hyvää mielenterveyttä. Keskeistä mielenterveyden säilymiselle on todellisuudentaju eli kyky erottaa oma sisäinen maailma ja ulkoinen todellisuus toisistaan. (Em., 32–33.)

Psykiatrian professori Kalle Achté (1990) puolestaan jakaa mielenterveyden kolmeen ulottuvuuteen: biologiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Jokaisen yksilön mielenterveys siis pohjautuu näiden tekijöiden yhteisvaikutukseen. (Em., 31–32.) Psykologiassa ihmismielen nähdäänkin olevan biopsykososiaalinen kokonaisuus (Toivio & Nordling 2013, 15). Samoin mielen järkkymisessä ja sairastumisessa kaikilla kolmella tekijällä on vaikutuksensa, eikä mielen sairastumista voi palauttaa yksistään esimerkiksi geeneihin ja biologisiin tekijöihin (Lönnqvist & Lehtonen 2014, 30–37).

Maailman terveysjärjestö WHO tarkastelee mielenterveyden rakentumista sisäisten, yksilöön liittyvien ja ulkoisten, yksilön ulkopuolelta tulevien olosuhdetekijöiden kautta. Tekijät ovat suojaavia, jos ne edistävät hyvää mielenterveyttä ja haavoittavia, jos ne vahingoittavat mielenterveyttä. Suojaavia sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi hyvä fyysinen terveys, hyvät vuorovaikutustaidot ja hyvä itsetunto. Sisäisiä haavoittavia tekijöitä taas ovat esimerkiksi huono fyysinen terveydentila, huono itsetunto ja yksinäisyys. Ulkoisista tekijöistä mahdollisuus koulutukseen ja työntekoon, turvallinen ympäristö ja riittävä sosiaalinen tuki ovat mielenterveyttä suojaavia. Ulkoisista haavoittavista tekijöitä voi mainita esimerkiksi yksilön kokemat menetykset, väkivallan kokemukset sekä yhteisön harjoittaman syrjinnän. (WHO 2001, 1–18.)

Mielenterveyden määrittelyssä tärkeää on myös se, mitä mielenterveys ei ole. Saksalaisen sosiaalitutkijan Benedikt Roggen (2011) mukaan eräs tapa määritellä mielenterveyttä on määrittää se vastakohtansa eli mielenterveyteen liittyvien häiriöiden ja ongelmien kautta. Tätä kutsutaan negatiiviseksi mielenterveyden määrittelyksi, sillä mielenterveys määritellään häiriöiden ja ongelmien ja niiden puuttumisen kautta. Tällaisessa negatiivisessa mielenterveyden määrittelyssä mielenterveys määritellään häiriöiden ja ongelmien puutteen kautta; mielen voidaan sanoa olevan terve silloin, kun mielenterveyden häiriön oireet puuttuvat. (Em., 50.) Kliinisessä potilastyössä tämä mielenterveyden määrittely usein korostuu (Lönnqvist & Lehtonen 2014, 30–31).

Brittiläisen sosiaalitutkijan Piers Allotin (2004) mukaan mielenterveyden häiriön voi yksinkertaisimmillaan määritellä ajatusprosessin, mielialan, käyttäytymisen, sosiaalisten suhteiden ja minäkäsityksen vakavina häiriöinä, jotka poikkeavat merkittävästi siitä, miten väestön enemmistö ajattelee, kokee, tuntee ja käyttäytyy (em., 17–23). Psykiatrian professori Pekka Tienari taas (1990) jakaa psyykkisten toimintojen häiriöt aktiviteetin, tunne-elämän, havaintokyvyn, ajattelun, tajunnan ja muistin häiriöihin. Tienarin mukaan psyykkiset oireet voi nähdä yksilön ongelmien ja niiden

hallintakeinojen heijastumina. Siihen, mikä käsitetään normaaliksi mielenterveydeksi ja mikä taas mielenterveyden häiriöksi vaikuttavat myös kulttuuriset ja sosiaaliset arvot ja normit (Rogge 2011, 49; Toivio & Nordling 2013, 61).

Jouko Lönnqvistin (2014) mukaan mielenterveyden häiriössä potilaan kognitiivisissa prosesseissa, emootioissa ja käyttäytymisessä on havaittavissa sairauden aiheuttamaa merkittävää poikkeavuutta. Mitä tahansa poikkeavuutta ei kuitenkaan voi määritellä mielenterveyden häiriöksi. Poikkeavuuden lisäksi keskeistä mielenterveyden häiriötä määriteltäessä on niiden aiheuttama subjektiivinen kärsimys ja toimintakyvyn menetys, jotka johtavat yksilön elämänlaadun heikkenemiseen. Pelkkää sosiaalista poikkeavuutta, erikoista käyttäytymistä tai yksilön ja yhteisön välistä ristiriitaa ei voi määritellä mielenterveyden häiriöksi. Myöskään odotettavissa olevaa tai asianmukaista reagointia äkilliseen stressiin tai psyykkiseen kuormitukseen ei voida pitää mielenterveyden häiriönä. Esimerkiksi läheisen kuoleman aiheuttama kärsimys ja toimintakyvyn menetys ei ole merkki mielenterveyden häiriöstä. Poikkeavuuden ja subjektiivisen kärsimyksen lisäksi tarkastellaankin oireiden pysyvyyttä tai toistuvuutta. (Em., 57–59.)

Mielenterveys voidaan siis määritellä kapeasti oireiden puutteen kautta, jolloin oireiden ja ongelmien puuttuminen merkitsee hyvän mielenterveyden olemassa oloa. Tässä näkemyksessä ihminen on mieleltään joko terve tai sairas. Nykyisin vallalla oleva käsitys mielenterveydestä korostaa mielenterveyden kokonaisvaltaisuutta ja vaihtelevuutta. Tämän käsityksen mukaan mielenterveys koostuu monesta eri osasta ja mielenterveyteen vaikuttavat monenlaiset sisäiset ja ulkoiset tekijät. Mielenterveys nähdään jatkumona, jossa tapahtuu liikettä molempiin suuntiin; ihmisen mielenterveyden tila on siis muutoksessa koko elämän ajan.

2.1.1 Mielenterveyden häiriöiden diagnosointi ja luokittelu

Vaikka mielenterveyden käsite ymmärretään nykyään aiempaa laajemmin, perustuu mielenterveyden häiriön määrittely Riitta Harin ym. (2015) mukaan edelleen kategorisointiin; tietyt kriteerit täyttävä ihminen voidaan diagnosoida mieleltään sairaaksi. Mielenterveysongelmia diagnosoitaessa määritellään siis terveyden ja sairauden rajaa ja otetaan kantaa siihen, millainen käyttäytyminen on vielä tervettä ja mikä menee sairauden puolelle. (Em., 139–140.) Mielenterveyden häiriön määrittely on siis sopimuksenvaraista toimintaa, jota lääketieteen ammattilaisilla on lupa harjoittaa (Lönnqvist 2014, 58–59). Jotta mielenterveyden häiriö voidaan luotettavasti ja objektiivisesti diagnosoida, tulee

mielenterveyden arvioimisessa käyttää kaikille yhteisiä ennalta sovittuja kriteerejä. Aina tällaisia yhteisiä kriteerejä ei ole ollut, vaan eri maissa on diagnosoitu esimerkiksi skitsofreniaa erilaisin kriteerein (Pietikäinen 2013, 391–392; Poole 2004, 132).

Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt ICD-luokituksen (International Classification of Diseases) eli kansainvälisen sairausluokittelun, joka sisältää myös psykiatriset sairaudet. Vuodesta 1996 WHO:n uudistama ICD-10-luokitus on ollut Suomessa terveydenhuollon virallisessa käytössä diagnoosin teossa. ICD-10:ssä mielenterveyden häiriöt luokitellaan viiteentoista mielenterveyden häiriötä kuvaavaan ryhmään ja yksi ryhmä sisältää kymmeniä sairauksia. Kullekin sairaudelle annetaan diagnostiset kriteerit, joiden tulee täytyä, jotta potilaan voidaan diagnosoida sairastavan kyseistä sairautta tai häiriötä. (Lönqvist 2014, 57–62; Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2011.) ICD-luokituksen lisäksi on olemassa vuodesta 1980 Amerikan Psykiatriyhdistyksen julkaisema DSM-järjestelmä, jossa on erilaiset diagnostiset kriteerit ja erilainen tapa luokitella psyykkisiä sairauksia kuin ICD:ssä. Vuonna 2013 uudistettu DSM-5 on saanut kritiikkiä muun muassa häiriön käsitteen liiallisesta laajentamisesta (Pickersgill 2013). DSM-järjestelmä on joka tapauksessa epävirallisesti laajalti käytetty psykiatrian käytännön työssä, asiantuntijatyössä ja tutkimuksessa sekä kansainvälisesti että Suomessa (Lönqvist 2014, 57–62; Pietikäinen 2013, 392).

Psykiatrasta diagnosointia kohtaan on esitetty myös kritiikkiä, jonka mukaan psykiatria on medikalisoitunutta ja psykiatrian piirissä normaaliin elämään kuuluvia ilmiöitä on alettu diagnosoida psyykkisiksi ongelmiksi (Esim. Olafsdottir 2011, 239–242). Kritiikin mukaan nykyinen psykiatria patologisoi ominaisuuksia, joita on ennen pidetty luonteenpiirteinä. Esimerkiksi ujoista on patologisoitu sosiaalisesta ahdistuneisuushäiriöstä kärsiviä (Pietikäinen 2013, 394–399).² Antipsykiatrisen näkemyksen³ mukaan koko mielisairauden käsite on keinotekoinen ja keksitty kategoria, jonka avulla leimataan ja hallitaan poikkeavia yksilöitä ja ylläpidetään sosiaalista kontrollia. Edelleen koko psykiatria alana on vailla todellista lääketieteellistä sisältöä, ja perustuu sosiaalisesti poikkeaviin yksilöihin kohdistuvaan vallankäyttöön ja heidän vapautensa riistämiseen. (Pietikäinen 2013, 381–390.)

² Kritiikki osoittaa mielenkiintoisella tavalla, kuinka myös psykiatriset diagnoosit ovat lopulta neuvottelun kautta tuotettuja kategorioita, joihin vaikuttavat vallalla olevat kulttuuriset ja sosiaaliset diskurssit. Esimerkiksi naisten halu itsenäisyyteen on aiemmin patologisoitu hysteriaksi ja homoseksuaalisuus seksuaalisuuteen liittyväksi mielenhäiriöksi (Pietikäinen 2013, 106–107, 125–129).

³ Antipsykiatriasta katso esim. Thomas Szasz ja Thomas J. Scheff.

Sosiaalipsykiatrian professori Rob Poole (2004) huomauttaa, että diagnosointi saattaa yksinkertaistaa ja yhtenäistää liikaa potilaiden monimutkaisia ongelmia. Esimerkiksi skitsofreniadiagnoosin saaneet yksilöt saattavat poiketa suuresti toisistaan oireiden vakavuuden ja sisällön perusteella. Myös potilaiden ennusteet voivat vaihdella suuresti. Poolen mukaan diagnoosit myös keskittyvät liikaa psykiatrian kliiniseen puoleen ja jättävän huomiotta potilaan sosiaalisen tilanteen ja yksilöllisen elämänhistorian merkityksen sairauden kululle. (Em., 132–135.) Kritiikkiä on kohdistunut myös psykiatrisen diagnoosiin liittyvään leimaantumiseen. Psykiatrinen diagnoosi on paitsi lääketieteellinen diagnoosi, myös sosiaalinen stigma, joka leimaa koko yksilön identiteetin. (Goffman 1961.) Diagnosointi on kuitenkin keskeinen ja erottamaton osa nykyistä mielenterveyshoitoa. Diagnoosi on pakollista asettaa myös sosiaali- ja terveystalouden saatavuuden vuoksi. Ilman diagnoosia ei voi hakea esimerkiksi sairauspäivärahaa tai työkyvyttömyyseläkettä eikä Kansaneläkelaitoksen korvaamaa psykoterapiaa. (Kulmala 2005, 291.)

2.1.2 Mielenterveyden häiriöiden hoito: historia ja nykytilanne

Mielenterveysongelmista kärsivien hoito oli Suomessa pitkään omaisten vastuulla (Lönnqvist 2014, 27). Psykiatri Jarkko Eskolan (2007) mukaan vasta sotien jälkeen 1940-luvulla alettiin kehittää varsinaista valtiollista mielenterveyshoitoa. Mielenterveyshoidon painopiste oli 1950- ja 1960-luvuilla laitoshoidossa, joka muodosti mielenterveyshoidon kulmakiven, ja Suomeen rakennettiin kattava B-sairaaloitten eli mielisairaaloiden verkosto. Mielisairaudet nähtiin parantumattomina ja mielisairaalaan joutuneen potilaan palaamista normaaliin yhteiskuntaan pidettiin epätodennäköisenä. Hoito mielisairaaloissa oli pitkäaikaista, säilyttävää ja passivoivaa, sillä toivoa parantumiselle ei nähty olevan. Avohoito oli käytännössä olematonta. (Em., 16–17.) Kalle Achtén (1990) mukaan 1900-luvun alun mielisairaalat toimivat vankilan tapaan: niiden tehtävänä oli pysyvästi eristää potentiaalisesti vaarallinen potilas muusta yhteiskunnasta (em., 23).

Sosiaalitieteilijät Ilpo Helén, Pertti Hämäläinen ja Anna Metteri (2011) väittävät, että Suomessa tapahtui 1970-luvulta alkaen laajamittainen dehospitalisaatio eli mielenterveyshoidon laitospaikkojen voimakas väheneminen ja avohoidon kehittäminen. Syynä dehospitalisaatiolle he pitävät kansainvälistä mielisairaaloitten kohdistunutta kritiikkiä, sosiaalipsykiatrisen ajatusten ja käytäntöjen leviämistä sekä hyvinvointivaltion laajentumista. (Em., 12–16.) Myös Petteri Pietikäisen (2013) mukaan mielisairaaloitten järjestelmää purettiin Suomessa nopeasti 1970-luvun lopusta 1990-luvun alkuun. Hänen mukaansa kehitykseen vaikuttivat hyvinvointivaltion rakentaminen ja uusien aiempaa

tehokkaampien psyykenlääkkeiden käytön yleistuminen. (Em., 372–373.) Jarkko Eskola (2007) toteaa, että myös vuonna 1972 säädetty kansanterveyslaki ja 1978 osittain uudistettu mielisairaslaki toivat asteittaisia, joskin hitaita uudistuksia mielenterveyshoitoon (em., 19–26). Joka tapauksessa mielenterveyshoidossa tapahtui paradigman muutos; avohoitoa kehitettiin ja laitoshoidoa, etenkin pitkäaikaista, vähennettiin. Alettiin uskoa, että myös mielisairauksista kärsivät voivat parantua ja palata yhteiskunnan jäseniksi hoitoa saatuaan.

1970- ja 1980-luvuilla rakennettu hyvinvointivaltio palveluineen joutui koetukselle 1990-luvun laman aikana, ja leikkauksia tehtiin erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluihin. Monien asiantuntijoiden käsityksen mukaan näistä leikkauksista kärsi voimakkaasti myös mielenterveyshoito, sillä avohoidon kehittäminen laiminlyötiin, vaikka laitospaikkoja samanaikaisesti edelleen vähennettiin (Esim. Eskola 2007, 30–31, 34; Holma 2010, 97; Pietikäinen 2013, 373). Ilpo Helén ym. (2011) kuitenkin kiistävät yleisen käsityksen, jonka mukaan mielenterveyspalveluita olisi leikattu ja ajettu alas laman aikana. He väittävät, että mielenterveyspalvelut eivät määrällisesti kärsineet lamasta, sillä erityisesti avohoidon palveluiden ja Kansaneläkelaitoksen maksamien mielenterveyteen liittyvien etuuksien käyttö päinvastoin lisääntyi tuona aikana. (Em., 41–43.)

Laman jälkeinen hyvinvointipolitiikan paradigman muutos kohti markkinaliberalismia on näkynyt myös mielenterveyspalveluissa palveluiden hajaantumisenä, jakaantumisenä, yksityistymisenä ja tulostavastuullisuuden vaatimuksena (Eskola 2007, 32–35; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 43–53). Asiakkaan kannalta tämä kehitys näkyy usein hoidon katkoksellisuutena, kokonaisvaltaisen hoidon puutteena ja lisääntyneenä omavastuuna oikean palvelun löytämisessä ja saamisessa (Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 44; Toivio & Nordling 2013, 340–342). Muiden terveyspalvelujen tavoin myös mielenterveyspalvelut ovat markkinoistuneet ja tuotteistuneet (Leiman 2007). 1990-luvun jälkeen myös psyykenlääkkeiden käyttö mielenterveyshoidossa on voimakkaasti lisääntynyt (Hautamäki, Helén & Kanula 2011). Petteri Pietikäisen (2013) mukaan mielenterveyshoidon tilanne 2000-luvun Suomessa ei ole kehuttava, ja pahimmillaan avohoito tarkoittaa pelkkää lääkitystä ilman muuta hoitoa (em., 373).

Suomessa nykyisin järjestettävä mielenterveyshoito perustuu lakiin. Suomen perustuslain mukaan julkisella vallalla on velvollisuus järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille kansalaisille ja edistää siten kansanterveyttä. Lisäksi mielenterveyspalvelujen järjestämistä säätelevät

kansanterveyslaki ja mielenterveyslaki. Meneillään olevat sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä koskevat uudistukset (SOTE-uudistukset) koskevat myös mielenterveyspalveluiden järjestämistä. Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on siis edelleen jatkuvassa muutoksen tilassa. (Lönnqvist, Moring & Vuorilehto 2014.) Nina Karlsson ja Kristian Wahlbeck (2012) jakavat Suomen mielenterveyspalvelut perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa toteutettaviin palveluihin (em., 551). Jouko Lönnqvist, Juha Moring ja Maria Vuorilehto puolestaan (2014) jakavat mielenterveyspalvelut kuntien järjestämään lähi- ja perusterveydenhuoltoon, joka muodostaa Suomen mielenterveyspalveluiden pohjan, ja erikoissairaanhoidon, joka täydentää lähi- ja perusterveydenhuollon palveluita (em., 749–750). Voidaan myös sanoa, että perusterveydenhuollossa tehtävä mielenterveyden avohoito on keskeinen osa suomalaista mielenterveyshoitoa (Nieminen & Renfors 2010, 101).

Perusterveydenhuollossa korostetaan mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä, tunnistamista ja varhaista hoitoa (Nieminen & Renfors 2010, 114). Perusterveydenhuollossa annettavaa avohoitoa täydentävät esimerkiksi psykiatriset asumispalvelut ja erityisyksiköt sekä kuntoutus. Nykyään psykiatrinen sairaala- ja laitoshoidon on keskittynyt vakavien, erikoisosaamista vaativien häiriöiden ja kriisitilanteiden hoitoon tilanteissa, jossa avohoitoa ei pidetä mahdollisena ja riittävänä. (Lönnqvist, Moring & Vuorilehto 2014, 750.) Kuntien ja valtion tarjoamien palveluiden lisäksi mielenterveyspalveluja tarjotaan myös esimerkiksi työterveyshuollossa, yksityisissä terveyspalveluissa ja kolmannen sektorin toimijoiden kautta (Karlsson & Wahlbeck 2012, 551; Lönnqvist, Moring & Vuorilehto 2014, 759).

Mielenterveyden avohoidon lisäksi hoitoa järjestetään myös psykiatrisissa sairaaloissa. Vuonna 2012 psykiatrisilla sairaalaosastoilla hoidettiin Suomessa 27 700 potilasta. Osa potilaista hakeutuu hoitoon vapaaehtoisesti, mutta potilaita määrätään psykiatriseen sairaalahoitoon myös tahdonvastaisesti. Vuoden 2012 psykiatrisen sairaalahoidon potilaista noin 30 prosenttia määrättiin tahdonvastaiseen hoitoon. (Lönnqvist, Moring & Vuorilehto 2014, 750–751.) Suomessa tahdonvastaiseen hoitoon määräämiselle on olemassa tarkat kriteerit. Potilasta, joka ei täytä näitä kriteerejä ei voi määrätä tahdonvastaiseen hoitoon.⁴ (Lönnqvist, Moring & Henriksson 2014, 733–741.) Nina Karlssonin ja

⁴ Kriteerit tahdonvastaiseen hoitoon määräämiselle ovat kuitenkin pohjimmiltaan kansallisia sopimuksia, joista ei ole yksiselitteistä, kansainvälistä konsensusta. Suomi sai vuonna 2012 Euroopan ihmisoikeustuomioistuimelta langettavan päätöksen ihmisoikeusloukkauksesta tahdonvastaista hoitoa koskeneesta kanteesta. Kyseisestä päätöksestä kts. <http://www.finlex.fi/fi/oikeus/eurooppa/feit/2012/20124742>

Kristian Wahlbeckin (2012) mukaan Suomessa tahdonvastaista hoitoa käytetään muita Pohjoismaita enemmän (em., 554).

Yksi osa mielenterveystyötä on ennaltaehkäisevä mielenterveystyö. Timo Toivio ja Esa Nordling (2013) erottavat toisistaan mielenterveyttä edistävän työn ja mielenterveysongelmia ehkäisevän työn. Mielenterveyttä edistävän työn avulla tuetaan optimaalista hyvän mielenterveyden toteutumista, ehkäisevässä työssä puolestaan panostetaan mielenterveysongelmien ehkäisyyn riskiryhmien osalta. Molempia voidaan kohdistaa koko väestöön tai yksilöön, eikä edistävän ja ehkäisevän työn välillä ole jyrkkää rajaa vaan ne limittyvät toisiinsa. Ennaltaehkäisevää ja edistävää mielenterveystyötä voidaan tehdä esimerkiksi neuvoloissa, kouluissa ja työpaikoilla. (Em., 338–362.) Nina Karlssonin ja Kristian Wahlbeckin (2012) mukaan Suomessa on taloudellisten argumenttien motivoimana panostettu ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön 1980-luvulta lähtien (em., 549). Juha Holma (2010) puolestaan väittää, että pitkäjänteinen ennaltaehkäisevä mielenterveystyö on unohdettu lähes täysin. Hänen mukaansa ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä tehdään nykyään lähinnä projekteissa, jotka eivät takaa toiminnan jatkuvuutta tai pysyviä muutoksia. (Em., 86–87.) Ilpo Helénin, Pertti Hämäläisen ja Anna Metterin (2011) mukaan ehkäisevä mielenterveystyö on jäänyt mielenterveystyön toimintapolitiikassa marginaaliin (em., 49).

Mielenterveyshoidon yhteydessä puhutaan usein kuntoutumisesta ja kuntoutuksesta. Yksinkertaisimmillaan kuntoutumisella voidaan tarkoittaa sairauden oireiden poistumista tai vähenemistä. Kuntoutuminen on kuitenkin monimuotoinen käsite, jonka yksiselitteinen määrittely ei ole helppoa. (McCranie 2011, 473.) Kuntoutuminen voidaan ymmärtää jatkuvana ja yksilöllisenä prosessina, jonka seurauksena yksilön kokema kärsimys vähenee hänen oppiessaan hallitsemaan sairauden mukanaan tuomia negatiivisia vaikutuksia ja sairauden oireita. Kuntoutuminen mahdollistaa sairastuneen aktiivisen, hyvän ja merkityksellisen elämän. (Romakkaniemi 2011, 60–64.) Kuntoutumiselle keskeistä on myös yleisen elämänhallinnan vahvistuminen ja sosiaalinen selviytyminen. Kuntoutumiseen saatetaan liittää sellaisia tavoitteita kuin parempi itsetuntemus, oman henkilökohtaisen (elämän)tarkoituksen löytäminen ja henkinen kasvu. Kuntoutumisessa tärkeää on myös sairastuneen oma subjektiivinen kokemus sairauden hallinnasta ja yleinen elämänhallinnan ja elämänlaadun paraneminen. (Toivio & Nordling 2013, 300–335.)

Mielenterveyden häiriöstä kärsivät ovat aina olleet jonkinlaisen julkisen vallan ja kontrollin alaisina. Heihin on kautta historian kohdistettu vallankäyttöä, usein tavalla, jonka nykyään käsittäisimme rikkovan räikeästi ihmisoikeuksia. (Pietikäinen 2013.) Vielä 1960-luvulle saakka mielenterveysongelmaisiin kohdistettu valta oli pääosin julkisen vallan harjoittamaa pakko- ja kontrollivaltaa; mielisairaat suljettiin laitoksiin, tarvittaessa tahdonvastaisesti, eikä avohoitoa käytännössä tunnettu (Eskola 2007, 16–17). Nykyään mielenterveyspalveluissa käytetään pääosin avohoitoa ja mielenterveyshoidon eettisiä kysymyksiä pohditaan ja potilaiden oikeuksia korostetaan. Mutta onko mielenterveyspotilaisiin kohdistunut vallankäyttö kuitenkaan hävinnyt vai vain muuttanut muotoaan? Seuraavassa alaluvussa tarkastellaan vallan, hallinnan ja biovallan käsitteitä ja niiden kytköksiä mielenterveyshoitoon.

2.2 Foucault’lainen valtakäsitys ja hallinnan analytiikka

Mielenterveyshoitoon kytkeytyy monenlaisia vallan ja hallinnan aspektoja. Jotta näitä aspektoja on mahdollista ymmärtää, on syytä tarkastella itse vallan käsitettä. Tässä tutkimuksessa valta ymmärretään siten kuin ranskalainen filosofi ja sosiologi Michel Foucault (1926–1984) sen laajassa tuotannossaan hahmotteli. Kyse on siis foucault’laisesta valtakäsityksestä. Perinteisessä valtakäsityksessä valta nähdään A:n valtana määrätä B tekemään jotain, mitä B ei ilman A:n määräystä tekisi. Yhteiskunnallisessa kontekstissa tämä nähdään usein siten, että valtiolla ja sen instituutiolla on valtaa määrätä kansalaisiaan. Valta on siis hierarkkista ylhäältä alaspäin kohdistuvaa valtaa, joka perustuu vahvemman oikeuteen, pakkokeinoihin ja rangaistuksen mahdollisuuteen. Tällöin valta on alistavaa, sillä toisen harjoittama vallankäyttö rajoittaa toisen toimintaa. Valta näyttäytyy omaisuutena: on niitä, joilla on valtaa ja niitä, joilla ei ole. (Kaisto & Pyykkönen 2010, 10–11.)

Michel Foucault (2005; 2006) käsitteellistää vallan eri tavalla. Foucault’lle valta ei ole omaisuutta, jota joko on tai ei ole, vaan toimintaa, jota harjoitetaan kaikkialla yhteiskunnissa ja yhteisöissä. Vallankäyttöä ei Foucault’n mukaan voida palauttaa pelkästään instituution tai rakenteen harjoittamaan hierarkkiseen vallankäyttöön, vaan hänen mukaansa valtaa käyttävät ja sen kohteena ovat kaikki toimijat (valtiot, yhteisöt ja yksilöt) mitä moninaisimmin tavoin, muodostaen monimutkaisen ja dynaamisen vallan verkoston. Foucault’lle vallankäyttö ei ole myöskään alistavaa vaan tuottavaa; vallankäytön avulla tuotetaan tietynlaista toimintaa ja tietynlaista tapaa olla. Jokainen toimija on sekä häneen kohdistuvan vallankäytön muokkaama tuote että edelleen vallankäytön

tuottaja. Edes näennäisesti vallankäytön kohteena olevat subjektit eivät ole täysin ilman valtaa, sillä mahdollisuus vastarintaan on myös valtaa.

Foucault'n ajattelusta väitöskirjansa tehnyt filosofi Kai Alhanen (2007) huomauttaa, että Foucault'n valtakäsityksen ymmärtämiseksi on hyvä erottaa toisistaan käsitteet voima ja valta. Ihmisyksilöllä on voimaa, joka liittyy hänen ruumiillisiin (kyky työskennellä, lisääntyä) ja henkisiin (kyky vaikuttaa, ajatella) ominaisuuksiinsa. Valtasuhteissa ihmisruumiiseen liittyviä voimia pyritään alistamaan, muokkaamaan ja hallitsemaan jonkin päämäärän saavuttamiseksi. Valta ei siis ole omaisuutta vaan toimintaa, jonka avulla pyritään hallitsemaan voimia. Alhasen mukaan vallankäyttö onkin toimintaan kohdistuvaa toimintaa. (Em., 199–122.) Foucault'laisessa valtakäsityksessä keskeisiä termejä ovat hallinta (government) ja hallinnallisuus (governmentality)⁵. *Hallinta* tarkoittaa vakiintuneita ja pitkäaikaisia tapoja, joiden avulla vallankäyttöä harjoitetaan. Hallinta on laskelmoituja ja rationaalisia toimintoja, joiden tehtävänä on ohjata ja suostutella yksilöitä ja yhteisöjä toimimaan toivotulla tavalla. (Helén 2010; Miller & Rose 2010.) Monissa yhteiskunnan instituutioissa harjoitetaan hallintaa. Esimerkiksi äitiysneuvola voidaan nähdä instituutioiksi, joka pyrkii neuvonnan, ohjauksen ja auktoriteetin avulla tuottamaan tietynlaista äitiyttä ja toivotulla tavalla toimivia perheitä.

Usein hallinta kohdistuu ihmisiin ja Michel Foucault (1991) väittääkin, että modernin valtion keskeisin tehtävä on hallita alueen sijaan väestöä. Väestö on samaan aikaan sekä vallankäytön oikeutus että kohde. Valtion tulee käyttää valtaansa väestönsä hyvinvoinnin turvaamiseksi, ja turvatakseen väestön hyvinvoinnin valtion tulee hallita ja kontrolloida väestöä, sen kasvua, terveyttä ja ominaisuuksia. (Em., 98–104.) Hallinta on samaan aikaan sekä yleistävää että yksilöivää. Se on yleistävää, sillä sen avulla pyritään muokkaamaan väestön toimintaa laajemmassa mittakaavassa, mutta myös yksilöivää, sillä toimiakseen sen tulee muokata yksilön ominaisuuksia, ajatuksia, tunteita ja haluja. (Foucault 2005.) Kai Alhasen (2007) mukaan Foucault'n keskeinen kiinnostuksen kohde oli se, ”miten yksilö subjektina tulee objektiksi itselleen” eli miten yksilö muodostaa itsestään oman toimintansa kohteen. Foucault oli siis kiinnostunut siitä, miten hallinnan kautta yksilöt saadaan tuottamaan itsehallintaa. (Em., 22.)

Brittisosologi Nikolas Rosen mukaan (1990) mukaan hallinnan avulla yksilö ensin objektivoidaan toiminnan kohteeksi ja sen jälkeen subjektivoidaan toteuttamaan toivottua toimintaa itsehallinnan

⁵ Englannin kielisestä käsitteestä governmentality ei ole vakiintunutta suomennosta. Governmentality on suomennettu mm. hallintavallaksi, hallintamentaliteetiksi, hallinnallisuudeksi ja hallinnan logiikaksi. Itse käytän tässä tutkielmassa käsitettä hallinnallisuus.

kautta. Hallinnan avulla yksilö sisäistää halutut päämäärät ja alkaa omasta halustaan ponnistella kohti niiden saavuttamista; hän harjoittaa itsehallintaa. Tätä ulkoa päin tulevan hallinnan ja subjektin sisäistämisen itsehallinnan leikkauspistettä kutsutaan *hallinnallisuudeksi* (Kaisto & Pyykkönen 2010, 11). Foucault’ia tulkitsevan australialaisen sosiologi Mitchell Deanin (1999) mukaan ihmiset ovat vapaita valitsemaan, millaisia tavoitteita, tapoja ja päämääriä he haluavat elämässään toteuttaa. Hallinnan kautta vaikutetaan siihen, millaisia valintoja ihmiset haluavat tehdä. Paradoksaalisesti voidaankin sanoa, että hallinta on hallitsemista vapauden kautta (Kaisto & Pyykkönen 2010,11).

Esimerkkinä hallinnasta ja hallinnallisuudesta voidaan pitää väestön painon hallintaa. Kansanterveydestä huolehtimisen nimissä valtio kartoittaa väestön painoa ja sen muutoksia erilaisten mittareiden ja tutkimusten avulla. Mikäli väestön painon havaitaan kehittyvän epäsuotuisaan suuntaan, pyritään väestön painoon vaikuttamaan. Terveyskampanjoiden ja -ohjelmien, ammattilaisten antaman neuvonnan sekä yhteiskunnallisten lihavuusdiskurssien avulla väestön paino pyritään ohjaamaan ihanteellisenä pidettyihin lukemiin. Keskeistä tässä prosessissa on tuottaa yksilöille itsehallintaa eli saada yksilö sisäistämään ajatus, että hänen tulee pyrkiä kohti ihanteellista painoa ja toimimaan tämän ajatuksen mukaan. Valtio ei siis pyri kontrolloimaan väestön painoa suorien rangaistusten avulla, vaan vaikuttamalla yksilöiden omaan haluun. Painon hallinta on sekä yleistävää, sillä se kohdistuu koko väestöön, että yksilöivää, sillä se pyrkii muokkaamaan yksilön ajatuksia, haluja ja tapoja.

Vallankäyttö ei ole muuttumatonta vaan muokkautuvaa ja uudelleen organisoituvaa. Nikolas Rose (2007) esittelee Foucault’n useissa teoksissaan hahmottelemaa vallankäytön historiaa ja sen muutoksia. Aiemmin hallitsijalla oli suvereenia valtaa eli hallitsijalla oli valta päättää kansalaistensa elämästä ja kuolemasta tahtonsa mukaan. Hallitsijan valta perustui oikeuteen antaa elää tai viedä elämä. 1700-luvulta alkaen länsimaisissa yhteiskunnissa on siirrytty suvereenin vallan käytöstä kohti hienovaraisempaa hallintaa, joka perustuu ihmisten suostutteluun ja ohjaukseen välittömän fyysisen uhan ja pakon sijaan. (Em., 52–54.) Ohjaukseen ja suostutteluun perustuvasta hallinnasta puolestaan on siirrytty hallinnallisuuteen samoihin aikoihin, kun yhteiskunnissa on siirrytty kohti uusliberalistista paradigmaa (Dean 1999, 99–112; Miller & Rose 2010, 285–312).

Peter Miller ja Nikolas Rose (2010) näkevät uusliberalistisen ajattelun ja politiikan keskeiseksi vaikuttajaksi siirtymässä yleistävästä hallinnasta kohti yksilöivää hallinnallisuutta. Uusliberalismin keskeiset arvot kuten yksilönvapaus ja -vastuu sekä yksilöllisyyden arvostaminen eivät toteudu kollektiivisessa (sosiaali)valtiossa, joka harjoittaa hallintaa yhteiskunnan instituutioiden kautta

antamalla suoria ohjeita ja normeja, joita kansalaisten tulee noudattaa. Uusliberalismissa yhteiskunnan puuttumista yksilön elämään pyritäänkin vähentämään ja yksilönvapautta lisäämään. Ongelmana on se, että yksilöt saattavat henkilökohtaista vapauttaan käyttäessään toimia tavoilla, jotka ovat haitallisia esimerkiksi taloudelle, markkinoille ja kansanterveydelle.

Uusliberalistisessa ajattelussa ratkaisuna tähän ongelmaan on tuottaa yksilöille itsehallintaa, jonka avulla yksilöt saadaan hienovaraisesti ja huomaamattomasti toteuttamaan toivottuja tavoitteita muokkaamalla heidän subjektiviteettejaan haluttuun suuntaan ilman, että he itse ovat välttämättä edes tietoisia tästä ohjailusta. (Em., 285–312.) Moderneissa yhteiskunnissa ihmisten toimintaa ei siis pyritä muokkaamaan ensisijaisesti pakon ja alistamisen avulla vaan hienovaraisemmin vaikuttamalla heidän haluihinsa, tarpeisiinsa ja toiveisiinsa. Valta on siis luonteeltaan tuottavaa, sillä sen avulla tuotetaan haluttua toimintaa. (Hänninen & Karjalainen 1997, 7–13.)

Yhteiskuntatieteellisiä tutkimussuuntauksia, jotka keskittyvät tutkimaan hallintaa, hallinnallisuutta ja niiden keinoja, ja jotka ammentavat Foucault'n tuotannosta ja valtakäsityksestä, kutsutaan *hallinnan analytiikaksi* (Kaisto & Pyykkönen 2010, 7). Hallinnan analytiikka on tutkimussuuntaus, jonka käsitteellinen laajuus mahdollistaa moninaisten teemojen, kuten talouden, kuluttajuuden, kansainvälisten suhteiden ja terveyden tutkimisen. Hallinnan analytiikan avulla on Suomessa tutkittu mm. sosiaalisia yrityksiä ja kolmatta sektoria (Pyykkönen 2010), Euroopan Unionin sosiaalipolitiikkaa (Savio 2010) ja suomalaisia poliittisia diskursseja 1990-luvun laman aikana (Kantola 2002). Katja Yesilovan (2009) mukaan hallinnan ja hallinnallisuuden tutkimuksessa on aina läsnä myös menneisyys, koska nykyisiä hallinnan tapoja peilataan menneisiin hallinnan tapoihin. Hallinnan analytiikka on siis historiatietoista. (Em., 27–28.) Foucault itse selvittääkin monissa tutkimuksissaan sitä, miten esimerkiksi mielisairaiden tai lainrikkojien hallinta on muuttunut historian saatossa (Alhanen 2007, 25).

Viestinnän professori Anu Kantola (2002) on koonnut yhteen hallinnan analytiikan osakseen saamaa kritiikkiä. Hallinnan analytiikkaa on kritisoitu sen valtakäsityksen vuoksi. Kritiikin mukaan tapa käsittää valta kaikkialle ulottuvana ja omalakisena voimana häivyttää vallan kontekstin. Kun valta nähdään kaikkialle ulottuvana toimintana, jota kaikki subjektit harjoittavat, sivuutetaan vallan kytkeytyminen rakenteisiin ja instituutioihin. Myös subjektin rooli ja toiminnan mahdollisuudet nähdään hallinnan analytiikassa ongelmallisina. Jos subjekti on jatkuvasti kietoutuneena huomaamattomiin vallan verkostoihin, millaisia mahdollisuuksia subjektilla silloin on esimerkiksi aitoon toimijuuteen ja vaikkapa demokraattiseen vaikuttamiseen? Kolmas kritiikin kohde on käsitys

tiedon ja vallan yhteen kietoutumisesta. Tieteellinen tieto nähdään hallinnan analytiikassa keinona tuottaa hallintaa. Tällöin kaikesta tieteellisesti todistetusta tiedosta tulee vallankäyttöä eikä objektiivinen tieteellinen tieto ole mahdollista. Kuitenkin myös hallinnan analytiikan tutkimus on tieteellistä tutkimusta ja tiedon tuottamista. (Em., 37–51.)

Hallinnan analytiikassa ei kuitenkaan nähdäkseni kielletä sitä, että valta *voi* liittyä myös instituutioihin ja rakenteisiin, vaikka sitä ei palauteta liittymään yksin niihin. Myöskään esimerkiksi institutionaalisen vallankäytön kohdetta ei nähdä pelkkänä vallankäytön kohteena, vaan subjektina, joka voi itsekin käyttää valtaa. Valtasuhteet eivät siis ole yksipuolisia. Instituutioissa harjoitettava vallankäyttö perustuu virallisten ja julkilausuttujen periaatteiden lisäksi myös huomaamattomaan ja epäviralliseen hallintaan. Tämä pitää paikkaansa etenkin mielenterveysongelmaisiin kohdistuvassa vallankäytössä. Hallinnan analytiikka onkin toimiva keino tutkia juuri niitä huomaamattomia, arkisia ja ääneen lausumattomia tapoja, joilla ihmisten käyttäytymistä instituutioiden sisällä hallitaan.

2.2.1 Tiedon ja vallan liitto: biovalta ja biopolitiikka

Valta on *biovaltaa* silloin, kun se kohdistuu eläviin ihmisruumiisiin. Biovallan avulla on tarkoitus tuottaa, muokata, jalostaa ja kehittää ihmisruumiiseen, -mieleen ja tunteisiin liittyviä kykyjä ja ominaisuuksia toivottuun suuntaan (Jauho 2010, 160). Biovallan avulla varmistetaan, että väestö pysyy elinvoimaisena ja terveenä (Foucault 2005, 39–45). Ilpo Helén ja Mikko Jauho (2003) toteavat, että biovalta on pohjimmiltaan väestön elämän ja elinvoimaisuuden hallintaa (em., 16). Biovaltaa hedelmöityshoitojen kontekstissa tutkineen valtiotieteen tohtori Maili Malinin (2006) mukaan biovallan ytimessä on näkemys elämän arvokkuudesta ja yksilön elämän ja ruumiin tärkeydestä yhteiskunnalle ja yhteiselle hyvälle. Biovallan avulla pyritään maksimoimaan väestön ja yksilön ruumiin mahdollisimman tuottava potentiaali. Biovallan käytön keinoina ovat esimerkiksi ihmisruumiin ja -mielen mittaaminen, arvioiminen, normittaminen ja arvottaminen. (Em., 30.) Biovalta on luonteeltaan tuottavaa. Koska ihmisiä ei ole mahdollista pakottaa tekemään toivottuja valintoja esimerkiksi terveyden suhteen, on heidät hienovaraisesti ohjailtava siihen, että he itse haluavat tehdä nämä valinnat.

Ihmisen perimän hallintaa tutkinut sosiologi Mianna Meskus (2009) määrittelee *biopolitiikan* väestön elämän ja elinvoimaisuuden hallinnaksi poliittisten ja taloudellisten keinojen kautta. Biopolitiikka on siis väestön biologisten ominaisuuksien hallintaa, jota toteutetaan poliittisten rakenteiden, prosessien ja instituutioiden kautta. (Em., 64–69.) Biopolitiikan kautta harjoitettava biovallan käyttö ei ole

hallitsijan suvereenia valtaa väestön elämiin ja ruumiisiin vaan sen avulla hallitaan väestön elämää ja biologisia ominaisuuksia valtion ja yhteiskunnan parhaaksi (Rose 2007, 52–54). Biopolitiikan avulla voidaan pyrkiä vaikuttamaan esimerkiksi väestön syntyvyyteen, kuolleisuuteen, terveyteen, seksuaalisuuteen ja yleiseen hyvinvointiin. Keinoina voidaan käyttää esimerkiksi valtion harjoittamaa terveys-, sosiaali-, ja asuntopolitiikkaa.

Mitchell Dean (1999) huomauttaa, että biopolitiikassa elämä nähdään paradoksaalisesti samanaikaisesti valtion ja yhteiskunnan ulkopuolisena, luonnollisena ilmiönä sekä poliittista hallitsemista vaativana kohteena (emt, 111). Valtio on Suomessakin pyrkinyt vähentämään ei-toivottujen ominaisuuksien esiintymistä väestössä väestöpolitiikkaa harjoittamalla. Äärimmäinen esimerkki tästä ovat pakkosteriloinnit, joita on Suomen historian aikana kohdistettu muun muassa vajaaälyisiin ja mielisairaisiin.⁶ (Mattila 2003.)

Biovalta ja biopolitiikka ovat käsitteinä monimuotoisia ja ne mahdollistavat monien ihmiselämää ja ihmisruumiita koskevien ilmiöiden tutkimisen. Biovaltaa voidaan tarkastella esimerkiksi syntyvyyden ja elämän alun näkökulmasta kuten Maili Malin (2006) tutkiessaan hedelmöityshoitoja ja Paula Kuosmanen (2007) tutkiessaan lesbojen äitiyden hallintaa äitiysneuvolassa. Katja Yesilovan väitöskirja *Ydinperheen politiikka* (2009) keskittyy tarkastelemaan biovaltaa perhe-elämän kontekstissa. Yesilova toteaa perheen olevan yksi keskeinen biovallan kohde. Valtio ja yhteiskunta ovat perhepolitiikan ja yhteiskunnan instituutioiden ja palvelujen kautta pyrkineet tuottamaan oikeanlaisia, terveitä ja hyvinvoivia ydinperheitä.

Myös väestön terveyden kontrollointi on biopolitiikan olennainen kohde. Ilpo Helén ja Mikko Jauho (2003) esittelevät terveyskansalaisuuden (vrt. ”biological citizenship”, Rose 2007) käsitteen. Heidän mukaansa terveys ja terveyden hoitaminen ja vaaliminen ovat nykyisissä länsimaisissa yhteiskunnissa niin keskeisiä arvoja, että niistä on tullut uusia kansalaisvelvollisuuksia. Julkisella vallalla on velvollisuus järjestää kansalaisilleen riittävät terveyspalvelut ja näiden terveyspalvelujen saanti on osa kansalaisten sosiaalisia oikeuksia. Vastaavasti kansalaisilla on myös velvollisuus pitää huolta (työ)ruumiinsa terveydestä ja kyvykkyydestä. Kunnan kansalainen pitää ruumiinsa kunnossa terveellisiä elämäntapoja noudattamalla ja osallistuu terveen ja kyvykkään ruumiinsa kanssa yhteiskunnan toimintaan. Ne kansalaiset, jotka eivät näin tee, ovat moraaliltaan epäilyttäviä ja

⁶ Pakkosterilointilaki oli Suomessa voimassa vuosina 1935–1970, ja tänä aikana lakia sovellettiin yli 4000 henkilöön. Mielisairauden ja vajaaälyisyyden lisäksi alkoholismi, irtolaisuus ja moraaliton ja epäsiiveellinen elämäntapa olivat syitä pakkosterilisoinnille.

ruumiiltaan kurittomia, ja heidät tulee ohjauksen ja neuvonnan kautta opastaa tuottamaan oikeanlaista terveyskansalaisuutta. Pyrkimyksenä on, että yksilöt sisäistävät terveyteen liittyvät arvot osaksi omaa subjektiviteettiaan ja alkavat harjoittaa itsehallintaa terveyden alueella.

Hallinnan analytiikassa tieto ja valta nähdään yhteen kietoutuneiksi siten, että tieto tuottaa valtaa ja valta tuottaa tietoa. Tiedon ja vallan välinen suhde on merkittävä erityisesti ihmistieteissä. (Jauho 2010, 159–160.) Kai Alhasen (2007) mukaan se, että tiedon tuottaminen edellyttää valtasuhteita ei tarkoita kuitenkaan sitä, että nuo valtasuhteet suoraan määrittäisivät sen, millaista tietoa tuotetaan (em., 133–136). Tiedon ja vallan suhteen nähdäänkin olevan vastavuoroinen. Ihmistieteet tuottavat tietoa, jota hyödynnetään hallinnan harjoittamisessa. Kuitenkin pyrkimys harjoittaa hallintaa luo näille tieteille syntysijan, uudistumistarpeen ja instituutiot. (Jauho 2010, 160–172.)

Tiedon ja asiantuntijuuden avulla luodaan myös linkki julkisena ja yksityisenä pidettyjen areenojen välille ja mahdollistetaan näin hallinnan harjoittaminen (Rose & Miller 2010, 102). Artikkelikokoelmassa *Perhetyön tieto* (Vuori & Nätkin 2007) osoitetaan, kuinka perhetyön ammattilaiset käyttävät ja tuottavat tietoa perheestä käytännön työssään ja luovat tiedon avulla linkin yksityisenä pidetyn perheen ja julkisen instituution välille. Perhetyön ammattilaiset käyttävät asiantuntijoiden tuottamaa tietoa käytännön työssään pyrkien ohjaamaan perheitä kohti ihanteellisena pidettyä vanhemmuutta ja ”perheen parasta”, jotka on määritelty asiantuntijatiedon kautta. Tekemällä tätä käytännön työtä he myös edelleen tuottavat tietoa siitä, millainen on ihanteellinen perhe.

Peter Miller ja Nikolas Rose (2010) puolestaan erottavat kaksi hallinnan tapaa, joissa tieto ja asiantuntijuus ovat keskeisessä roolissa: hallinta riskin ja marginaalin kautta. Asiantuntijatiedon avulla tuotetaan käsityksiä riskeistä ja tarjotaan sen jälkeen tietoon perustuvia keinoja, joilla yksilö voi kontrolloida näiden riskien realisoitumista omassa elämässään. Tuottamalla riskejä ja keinoja ehkäistä näitä riskejä tuotetaan myös toivottua käyttäytymistä. Myös ihmisten jakaminen yhteiskunnan sisä- ja ulkopuolella oleviin on keino harjoittaa väestön hallintaa. Yhteiskunnan täysivaltaisiksi jäseneksi pääsevät ne kansalaiset, jotka toteuttavat riittävää itsehallintaa ja suoriutuvat riittävällä tavalla velvollisuuksistaan. Aktiivinen kansalainen, joka suoriutuu taloudellisista, sosiaalisista ja moraalisisista velvollisuuksistaan itsehallinnan avulla on ansainnut paikkansa yhteiskunnan sisäpiirissä. Aktiivista kansalaisuutta epätyytyttävällä ja riittämättömällä tavalla toteuttavat kuuluvat yhteiskunnan ulkopuolelle, marginaaliin. Erilaisten toimenpiteiden avulla heitä tuki edelleen pyritään ohjaamaan kohti sisäpiiriä ja oikeanlaista itsehallintaa. Marginaalin ja riskin kontrolloimiseksi ja hallitsemiseksi on kehittynyt tietoon ja asiantuntijuuteen perustuvia ammatteja,

kuten sosiaalityöntekijät, nuorisotyöntekijät ja psykiatrit. Näiden alojen työntekijöiden tehtävänä on hallita asiakkaitaan, joiden nähdään aiheuttavan, ja jo itsessään olevan, riskejä yhteiskunnan toiminnalle ja tasapainolle. (Em., 144–165.)

Ajatus tiedosta keskeisenä hallinnan välineenä näkyy myös Michel Foucault'n tuotannossa. Teoksessaan *Tarkkailla ja rangaista* (2005) Foucault jäljittää pakkolaitosten syntyhistoriaa ja toimintamekanismeja. Pakkolaitoksiksi Foucault määrittää laitokset, johon yksilöitä voidaan määrätä vasten heidän tahtoaan ja joiden pyrkimyksenä on muuttaa tai korjata niihin määrättyjen yksilöiden toimintaa. Erilaiset pakkolaitokset toimivat saman periaatteen mukaan. Ensinnäkin niihin määrääminen tapahtuu binaarisen jaottelun ja arvojärjestykseen asettamisen kautta. Tämän jälkeen poikkeavaksi ja sitä kautta vähempiarvoisiksi määritetyt ryhmät voidaan määrätä pakkolaitokseen, jossa yksilöstä ja hänen poikkeavuudestaan hankitaan tietoa ja hänet alistetaan jatkuvan valvonnan alaiseksi ja toimenpiteiden kohteeksi. Poikkeavaa ruumista mitataan, arvioidaan, valvotaan, lääkitään ja sen vaaditaan taipuvan tiukkaan päivärytmiin ja työntekoon. Näiden ruumiiseen ja sitä kautta mieleen kohdistuvien toimenpiteiden avulla yksilöstä pyritään tuottamaan kuuliainen, yhteiskuntaan soveltuva yksilö, joka on normalisoitu ja jonka poikkeavuus on poistettu.

Nikolas Rose (1990) on tutkinut yksilön minuuden hallintaa. Rosen mukaan yksilön tunteet, halut, toiveet ja kokemukset eli yksilön minuuus eri puolineen ja ulottuvuuksineen on keskeinen hallinnan kohde moderneissa yhteiskunnissa. Yksilön minuuteen liittyvät piirteet ja ominaisuudet ovat oleellisesti yhteiskunnan toimivuuteen ja menestykseen vaikuttavia tekijöitä, joten niiden hallinta on oleellinen osa yhteiskunnan hyvän edistämistä. Yhteiskunta pyrkii hallitsemaan ja muokkaamaan yksilöidensä minuutta lapsuudesta saakka. Moderneissa yhteiskunnissa yksilöt ovat koko elämänsä ajan tekemisissä erilaisten mieleen ja minuuteen vaikuttavien ammattilaisten kanssa. Opettajat, lääkärit ja erityisesti psykologit ja psykiatrit pyrkivät ohjaamaan, muokkaamaan ja parantamaan ihmisen sisäistä minuutta.

Mielenterveys on aina ollut biovallan ja biopolitiikan keskeisiä kohteita. Julkinen valta ja yhteisöt ovat aina pyrkineet jollain tavalla määrittelemään, säätelemään ja kontrolloimaan mielenterveyttä, minkä Petteri Pietikäinen (2013) historiikissaan *Hulluuden historia* selvästi osoittaa. Voidaan sanoa, että mielenterveyden ja biovallan tarinat kietoutuvat toisiinsa erottamattomalla tavalla. Seuraavissa alaluvuissa tarkastellaan mielenterveyteen ja mielenterveysongelmaisiin liittyvää vallankäyttöä ja hallintaa.

2.2.2 Mielenterveysongelmaisten normalisoiva hallinta

Hallinnan analytiikan tutkimussuuntauksessa vallankäytön muotojen ajatellaan moderneissa yhteiskunnissa muuttuneen kuri- ja pakkovallasta kohti hienovaraisempaa hallintaa ja hallinnallisuutta (Esim. Foucault 2005; Miller & Rose 2010; Rose 2007). Tämän voidaan katsoa pitävän paikkaansa myös mielenterveyteen liittyvän vallankäytön suhteen, sillä nykyään psykiatrinen sairaalahoito on vain pieni osa mielenterveyden häiriöiden hoitoa ja painotus on avohoidossa (Lönngqvist, Moring & Vuorilehto 2014, 750). Tunnettuja ja klassikon aseman saaneita tutkimuksia psykiatrisen sairaalan potilaisiin kohdistuvasta institutionaalisesta vallankäytöstä ovat tehneet Erving Goffman (1961) ja Michel Foucault (2006).

Michel Foucault'n (2006) teos *History of Madness* kuvaa mielisairauden historiaa. Foucault väittää, että renessanssin ajalla mielisairaat olivat yhteiskunnan marginaalissa, mutta mielisairaiden ja yhteiskunnan välillä oli kuitenkin vuoropuhelua. Valistuksen aikana mielisairaat alettiin nähdä järjettöminä ja vaarallisina yksilöinä, jotka tulee eristää yhteiskunnasta. Foucault'n mukaan valistuksen aikana tapahtui ”suuri säilöönotto” eli pakkolaitosten rakentaminen. Pakkolaitosten tarkoituksena oli kurin ja rangaistuksen avulla pakottaa vangit hylkäämään haitalliset elämäntapansa. 1700-luvun lopulla alkanut moderni aika merkitsi Foucault'n mukaan jälleen muutosta tavassa ymmärtää mielisairaus. Mielisairaus alettiin nyt nähdä sairautena, josta kärsiviä tulee hoitaa mielisairaaloissa aiempaa humanimmalla tavalla. Foucault'lle tämä ei kuitenkaan tarkoita mielisairaiden vapautumista vallasta ja kontrollista, vaan valta on modernilla ajalla intiimimpää ja syvemmälle minuuteen tunkeutuvaa. Foucault'n hahmottelema hulluuden historia on saanut osakseen myös kritiikkiä ja sitä on pidetty historiallisesti epätarkkana (Pietikäinen 2013, 139 – 143.)

Amerikkalainen filosofi Mike W. Martin (2006) väittää, että nykyiselle käsitykselle mielenterveydestä on ominaista moraalien ja mielenterveyden kytkeminen toisiinsa. Hyvään mielenterveyteen liitetään aiemmin moraalilaisina hyveinä pidettyjä ominaisuuksia ja aiemmin yksilön moraalipuutoksina pidettyjä piirteitä on puolestaan alettu käsittää mielenterveyden häiriöiksi. Mielenterveyden ja yksilön identiteetin voidaan siis sanoa sulautuvan yhteen. Identiteettiä on määriteltä eri tieteenaloilla ja teorioissa eri tavoin. Identiteetti voidaan jakaa henkilökohtaiseen identiteettiin ja sosiaaliseen identiteettiin. Henkilökohtaisen identiteetin on nähty pitävän sisällään yksilön käsityksen itsestään ja sosiaalisen identiteetin yksilön käsityksen itsestään ryhmän jäsenenä. (Kuusela 2006.) Henkilökohtainen ja sosiaalinen identiteetti vaikuttavat toinen toisiinsa ja niiden

merkitys vaihtelee kontekstista ja tilanteesta riippuen (Majapuro 2013, 39–46). Itse näen identiteetin ja yksilön minäkäsityksen vahvasti sosiaalisen kautta rakentuvana. Sosiaalisen todellisuuden merkitys identiteetin rakentajana korostuu erityisesti silloin, kun sosiaalisessa todellisuudessa identiteettiin liittyy vahvasti negatiivisia mielikuvia eli kun identiteetti leimaantuu.

Mielenterveysongelmaisten leimaaminen ja yhteiskunnasta ulos sulkeminen ovat vallankäyttöä, jonka avulla määritetään normaalin ja hyväksyttävän ja ei-normaalin ja paheksuttavan rajoja. Kai Alhasen (2007) mukaan Michel Foucault kutsui tätä normaalin ja ei-normaalin välistä jaottelua ja paremmuusjärjestykseen asettamista normalisoivaksi hallinnaksi (em., 139–150). Erving Goffmanin (1961) 1950-luvun Amerikassa suorittama tutkimus mielisairaalapotilaan identiteetin leimaantumisesta on esimerkki mielenterveysongelmaisten normalisoivasta hallinnasta ja identiteetin leimaantumisesta. Goffmanin mukaa juuri mielisairaalaan joutuminen on se kokemus, joka leimaa potilaan identiteetin ja pakottaa potilaan määrittelemään identiteettiään uudelleen tämän leiman kautta.

Valtiotieteiden tohtori Päivi Rissasen (2015) väitöstutkimus on autoetnografia hänen kokemuksistaan psyykkisestä sairastumisesta, laitostumisesta ja kuntoutumisesta. Rissasen väitöstutkimus vahvistaa Goffmanin (1961) käsityksen hoitojärjestelmästä mielenterveysongelmaisen identiteettiä tuottavana instituutiona. Diagnoosin saaminen ja mielisairaalaan joutuminen olivat Rissasen mukaan käännteentekeviä kokemuksia mielenterveyspotilaan identiteetin omaksumisessa. Diagnoosin saaminen pakotti hyväksymään sairaan roolin, ja sairaalakierteen aikana tapahtunut laitostuminen vahvasti kroonisen mielenterveyspotilaan identiteettiä, josta tuli keskeinen osa minäkäsitystä. Hoitojärjestelmä toimii mielenterveysongelmaisen identiteettiä vahvistavana ja tuottavana instituutiona, ei tuon identiteetin purkajana. Myös Susanna Hyvärin (2011) mukaan mielisairaalaan joutuminen on se tapahtuma, joka pakottaa identiteetin uudelleen määrittelyyn psyykkisesti sairaan kategorian ja siihen liittyvien negatiivisten leimojen kautta.

Toisinaan mielenterveysongelmaiset saattavat myös itse leimata itseään ja liittävät mielenterveysongelmaisen identiteettiin negatiivisia määreitä. He sisäistävät mielenterveysongelmaisen identiteettiin ulkoa päin liitettävät leimat, mikä vaikuttaa negatiivisesti myös heidän minäkäsitykseensä. (Kroska & Harkness 2006.) Mielenterveysongelmaisten identiteetti leimaantuu myös hoitojärjestelmän sisällä, sillä myös mielenterveysalan ammattilaisilla

on negatiivisia ennakkoluuloja, stereotypioita ja haluttomuutta olla vapaa-ajalla tekemisissä mielenterveysongelmaisten kanssa. Ammattilaisilla on myös negatiivisia käsityksiä mielenterveysongelmaisten mahdollisuuksista ja asemasta yhteiskunnassa. (Hansson, Jormfeldt, Svedberg & Svensson 2013; Nordt, Rössler & Lauber 2006.) Yksilö ei kuitenkaan ole täysin ilman valtaa häneen kohdistuvan kategorisoinnin ja leimaamisen edessä. Yksilöllä on myös valtaa määritellä oman identiteettinsä sisältöä ja identiteettiin liittyvää leimaa voidaan vastustaa vastapuheen avulla (Kulmala 2005.) Foucault'n mukaan valta on toimintaa ja myös näennäisesti alistetuilla ryhmillä on mahdollisuus toimintaan ja vastarintaan (Foucault 2005).

2.2.3 Biomedikaalinen malli ja mielenterveyden moderni hallinta

Australialaisen psykologian professorin Brett J. Deaconin (2013) mukaan biomedikaalinen malli on ollut kolmen viime vuosikymmenen ajan vallitseva tapa ymmärtää ja hoitaa mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriöitä Yhdysvalloissa. Deacon väittää, että tänä aikana mielenterveyshoidon lopputulokset eivät kuitenkaan ole parantuneet, vaan ne ovat joissain yhteyksissä jopa huonontuneet. Biomedikaalisessa mallissa lääkkeiden merkitys mielenterveyden häiriöiden hoitamisessa on korostunut. Lääkkeiden käyttömäärät ovatkin kasvaneet voimakkaasti ympäri maailman ja lääkkeillä hoidetaan aiempaa laajempien ilmiöiden kirjoa. Sairastuneet itse saattavat kokea biologis-kemiallisen selitysmallin puutteellisuutta ja kyseenalaistaa sen. Lääkitystä ei välttämättä koeta ongelmattomaksi ratkaisuksi, ja lääkitys saatetaan kokea tehottamana ja sivuvaikutuksia aiheuttavana. (Fullagar & O'Brian 2013.) Käsityksistä mielenterveyden häiriöiden aivokemiallisesta perustasta ja niiden hoidettavuudesta lääkkeillä on Nikolas Rosen mukaan tullut vallitsevia diskursseja mielenterveyden häiriöistä puhuttaessa. Rosen mukaan voidaan puhua jopa ”neurokemiallisesta minuudesta” ja ”neurokemiallisesta kansalaisuudesta”. (Rose 2007, 187–223.)

Kansainvälisessä hallinnan analytiikan tutkimuksessa uusliberalismin käsite nousee usein esiin, ja myös mielenterveyden hallintaa voidaan tarkastella uusliberalistisessa kontekstissa.

Mielenterveyden uusliberalistista hallintaa on tutkittu analysoimalla esimerkiksi hallinnon tuottamia dokumentteja (Teghtsoonian 2009) ja oma-apukirjallisuutta (Philip 2009). Sekä hallinnon dokumenteissa että oma-apukirjallisuudessa mielenterveysongelmat nähdään yksilön ongelmina, jotka ovat seurausta kyseisen yksilön vääristyneistä ajattelu- ja toimintatavoista. Tämän vuoksi yksilön tulee sosiaalisten verkostojensa tuen avulla kehittää itsehallintaansa ja muokata minuuttaan erilaisten tekniikoiden kautta. Ratkaisu mielenterveysongelmiin on siis vahvistaa yksilöiden

itsehallintaa ja tuottaa heistä itsenäisiä, aktiivisia ja elämänsä hallitsevia yksilöitä. (Philip 2009; Teghtsoonian 2009.)

Toisinaan mielenterveysongelmaiset ovat itsekin sisäistäneet tämän ajatuksen mielenterveysongelmista itsehallinnan puutteena ja toimivat sen mukaan. Tällöin paranemisen nähdään lähtevän itsehallinnan kehittämisestä. Itsehallinnan keinoja ovat itselääkitseminen esimerkiksi lääkityksen annostuksia muuttamalla sekä minän kanssa työskentely esimerkiksi meditaation ja omien tunteiden kirjaamisen ja reflektoinnin kautta. (Brijnath & Antoniadis 2016.) Myös yhdysvaltalaisen tutkijan Talia Weinerin (2011) mukaan omien ajatusten ja tunteiden jatkuva reflektointi ja pohdinta ovat keskeisiä keinoja mielenterveysongelmaisten itsehallinnassa. Weinerin mukaan ajatus sairauden itsehallitsemisesta perustuu biolääketieteelliselle käsitykselle, jonka mukaan sairaus ja henkilön minuus ovat eri asioita. Kun sairaus oireineen on saatu eristettyä henkilön oikeasta persoonasta, sitä voidaan kontrolloida ja hallita. Sairauden itsehallinta on jatkuvaa oman itsen, omien tunteiden ja omien motiivien tarkkailua ja epäilyä. Käyttämällä itsehallinnan keinona oman rationaalisuutensa jatkuvaa epäilyä, sairastuneet myös paradoksaalisesti tuottavat itselleen epärationaalista subjektiviteettia.

Perinteisesti kansalaisuus on käsitetty itsenäisen subjektin rationaalisena toimintana ja pyrkimyksenä toteuttaa aktiivisesti valitsemiaan päämääriä. Mielenterveysongelmaiset on yleensä suljettu täyden kansalaisuuden ulkopuolelle, koska heidät on nähty kyvyttöminä täyttämään kansalaisuuden ihanteita. Nykyisessä mielenterveyshoidossa kuitenkin pyritään liittämään mielenterveysongelmaiset täyden kansalaisuuden piiriin opettamalla heille itsehallintaa, jonka avulla he voivat toteuttaa täyttä kansalaisuutta. (Perron, Rudge & Holmes 2010.) Uusliberalistisen mielenterveyden hallinnan ytimessä tuntuukin kansainvälisten tutkimusten valossa olevan uusliberalististen ihanteiden sisällyttäminen osaksi yksilön itsehallintaa. Tämä näkemys uusliberalistisesta hallinnasta nimenomaan yksilöön itsehallintaan vaikuttamisena on keskeinen näkemys hallinnan analytiikassa (Esim. Dean 1999; Miller & Rose 2010).

Mielenterveyden hallinnasta on olemassa runsaasti tutkimuksia. Varhainen tutkimus keskittyy mielenterveyshoidon instituutioiden kuten psykiatristen sairaaloiden harjoittaman vallankäytön tutkimiseen. Nämä tutkimukset ovat kontekstisidonnaisia, ja onkin syytä pohtia, kuinka hyvin ne kuvaavat psykiatrasta sairaalahoitoa 2010-luvun Suomessa. Suomessa mielenterveysongelmia on

tutkittu leimaantumisen ja identiteetin käsitteiden kautta. Vaikka leimaaminen ja kategorisointi ovat osa mielenterveysongelmaisten normalisoivaa hallintaa, ei näissä tutkimuksissa keskitytä varsinaiseen hallinnan analytiikan tutkimukseen vaan aihetta käsitteellistetään toisin. Kansainvälisiä tutkimuksia hallinnan analytiikan käsitteitä hyödyntäen on tehty paljon. Mielenkiintoista näissä tutkimuksissa on mielenterveyden hallinnan ja uusliberalismin vahva kytkös. On kuitenkin hyvä muistaa, että tutkimus on kulttuurisidonnaista. Vahvasti uusliberalistisissa anglosaksisissa maissa harjoitettava mielenterveyden hallinta saattaa olla erilaista kuin hyvinvointivaltiomalleiltaan erilaisissa Pohjoismaissa, sillä maiden sosiaalipolitiikoissa on suuria eroja.

3. Tutkimuksen toteutus ja metodologia

Tässä luvussa selvennän tutkimuksen tekoon liittyviä metodologisia valintoja. Alaluvussa 3.1 määritellään tutkimuskysymykset ja luodaan yleiskuva tutkimusasetelmasta. Alaluvussa 3.2 esitellään aineisto ja alaluvussa 3.3 kerrotaan aineiston analyysiin valituista menetelmistä. Alaluvussa 3.4 pohditaan tutkimusetiikan merkitystä yleisesti ja tämän tutkimuksen kontekstissa.

3.1 Tutkimuskysymykset ja tutkimusasetelma

Tutkimuksessani pyrin vastaamaan kahteen tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. **Millaista biovaltaa mielenterveyskuntoutujat kohtaavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä?**
2. **Miten mielenterveyskuntoutujat suhtautuvat kohtaamaansa biovaltaan?**

Tutkimuskysymykset saivat lopullisen muotonsa aineistoon perehtymisen kautta.

Tutkimuskysymykset rakentuivat siis aineistolähtöisesti siten, että aineistosta esiin nousevat teemat johtivat tutkimuskysymysten lopulliseen muotoutumiseen. Olin alun perin kiinnostunut mielenterveysongelmaisen identiteettiin liittyvästä leimaamisesta, mutta aineiston luettuani jouduin muotoilemaan alkuperäiset tutkimuskysymykset uudelleen. Mielestäni aineistosta nousi niin vahvasti esiin vallankäyttöön ja hallintaan liittyvät teemat, että niiden sivuuttaminen olisi ollut mahdotonta ja jopa piittaamattomuutta aineistoa kohtaan. Tutkimuskysymysten lopullisen muotoilun jälkeen lähdin pohtimaan tutkimusasetelmaa, joka parhaiten toimisi tämän tutkimuksen kannalta. Jotta tutkimuskysymyksiin on mahdollista vastata osuvasti, tulee tutkimusasetelman olla tutkimuksen kannalta toimiva. Tutkimusasetelmalla tarkoitetaan rakennetta, joka koostuu

tutkimusongelmasta, tutkimuksen teoreettisesta viitekehyksestä, aineistosta ja aineiston analyysimenetelmistä ja näiden välisistä suhteista (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013, 43).

Valitsin tutkimukseni teoreettiseksi viitekehykseksi Michel Foucault'n tuotannosta ammentavan hallinnan analytiikan. Hallinnan analytiikan tutkimusperinteessä pyritään paljastamaan niitä moninaisia tapoja, joilla ihmisten elämää hallitaan. Hallinnan analytiikassa vallankäyttöä ei palauteta pelkkiin rakenteisiin ja instituutioihin, vaikka niidenkin harjoittamaa vallankäyttöä on mahdollista tutkia. Institutionaalisen vallankäytön lisäksi hallinnan analytiikan avulla pyritään selvittämään myös niitä huomaamattomampia ja hienovaraisempia keinoja, joiden avulla ihmisten elämää ohjataan ja hallitaan. (Miller & Rose 2010.) Vakavista mielenterveysongelmista kärsivät ovat usein monenlaisen vallankäytön kohteena. Mielenterveysongelmaisiin kohdistuva vallankäyttö saa erilaisia muotoja psykiatrisissa sairaaloissa, vapaaehtoisuuteen perustuvissa mielenterveyspalveluissa ja ihmisten välisissä kohtaamisissa. Hallinnan analytiikan avulla näitä eri vallankäytön muotoja on mahdollista tarkastella erilaisina hallinnan keinoina, jotka yhdessä muodostavat laajemman vallankäytön kokonaisuuden.

Tutkimuksen aineistona on valmis haastatteluaineisto. Aineistossa on haastateltu nuoria mielenterveyskuntoutujia heidän kokemuksistaan psyykkisestä sairastumisesta ja mielenterveyshoidon palvelujärjestelmästä. Aineisto on laaja ja sisällöltään rikas. Haastatteluaineiston kautta on mahdollista saada kuuluviin mielenterveysongelmista kärsivien oma ääni ja omat kokemukset. Aineiston analyysiin käytän sisällönanalyysia ja kriittistä diskurssianalyysia. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista luokitella aineistoa ja kartoittaa erilaisten biovallan muotojen esiintyvyyttä haastatteluaineistossa. Lisäksi käytän aineiston analyysiin kriittistä diskurssianalyysia, jonka avulla on mahdollista tavoittaa syvemmin kuntoutujien omia kokemuksia hoidossa kohtaamastaan vallankäytöstä.

3.2 Tutkimusaineisto

Tämän tutkimuksen aineistona on valmis haastatteluaineisto. En ole kerännyt aineistoa itse, vaan olen saanut sen käyttööni alkuperäisten aineiston kerääjien luvalla. Aineisto löytyy yhteiskuntatieteellisestä tietoaarkistosta ja se on nimeltään *Nuorten aikuisten avohoidollinen*

mielenterveyskuntoutus 2010–2012: asiakkaiden haastattelut. Aineiston ovat keränneet tutkijat Kirsi Juhila, Kirsi Günther, Riina Kaartamo, Anna Kulmala, Suvi Raitakari ja Sirpa Saario.⁷ Johanna Ruusuvuoren ja Liisa Tiittulan (2005) mukaan haastattelu on paitsi tutkimuksessa käytettävä keino hankkia tietoa, myös koko yhteiskunnan ja arkielämän läpäisevä tiedonhankinnan muoto (em, 9–11).

Käyttämäni aineisto on kerätty osana laajempaa *Asiakaslähtöisyys nuorten aikuisten avohoidollisessa mielenterveyskuntoutuksessa* – tutkimusprojektia. Kyseisen projektin tutkimuskohteena on ollut avohoidollinen kuntoutusjakso, joka on suunnattu vakavaa psykoositasoista mielisairautta sairastaville nuorille aikuisille. Kuntoutusjakson yhtenä tavoitteena on ollut parantaa sairastuneen toimintakykyä ja arvioida hänelle sopivia kuntoutusmuotoja. Toisena tavoitteena on ollut kehittää arviointiin perustuvia kuntoutuskäytäntöjä ja kolmantena luoda yhteistyötä julkisen ja kolmannen sektorin välille. Jakson aikana asiakas asuu kuntoutusjakson tarjoamissa tiloissa ja osallistuu jakson viikko-ohjelmaan, johon kuuluu erilaisia ryhmiä, tapaamisia omaohjaajan kanssa ja kuntoutus- ja hoitoneuvotteluita. (Nuorten aikuisten avohoidollinen mielenterveyskuntoutus 2010–2012:asiakkaiden haastattelut:aineisto-opas.) Tutkimusprojektin aikana tutkijat ovat haastatelleet kuntoutusjaksolle osallistuvia työntekijöitä, asiakkaita ja yhteistyökumppaneita sekä nauhoittaneet työntekijöiden tiimipalavereita ja moniammatillisia palavereita. Tässä tutkimuksessa käytettävä aineisto koostuu tutkimusprojektin puitteissa suoritetuista kuntoutusjakson asiakkaiden haastatteluista.

Aineisto sisältää avohoidolliseen kuntoutusjaksoon osallistuneiden psykoositasoista mielisairautta sairastavien nuorten aikuisen litteroituja haastatteluja. Haastateltavat ovat iältään 18–36-vuotiaita. Yhteensä haastateltavia on 25 ja heistä 19 on miehiä ja kuusi naisia. Enemmistö haastateltavista on haastatteluajankohtana sairastunut hiljattain, joten haastatteluhetkellä heillä on muistissa aika, jolloin he olivat terveitä tai terveempiä. Haastattelut on tehty kuntoutusjakson loppupuolella, ja ne ovat löyhästi strukturoituja teemahaastatteluja. Teemoina ovat haastattelun elämänhistoria ja aiemmat asuinpaikat ja palvelujärjestelmäkontaktit, sairauden vaikutus arkeen ja haastattelun itse esille tuomat näkemykset kuntoutuksesta ja hänelle tärkeistä henkilöistä sekä

⁷ Juhila, Kirsi (Tampereen yliopisto) & Günther, Kirsi (Tampereen yliopisto) & Kaartamo, Riina (Tampereen yliopisto) & Kulmala, Anna (Tampereen yliopisto) & Raitakari, Suvi (Tampereen yliopisto) & Saario, Sirpa (Tampereen yliopisto): Nuorten aikuisten avohoidollinen mielenterveyskuntoutus 2010–2012: asiakkaiden haastattelut [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 1.0 (2012-02-08). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD2713>.

tulevaisuudenodotukset ja -suunnitelmat ja muiden haastateltavaan kohdistamat odotukset. (Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto, 2015.)

Hain aineiston käyttö lupaa hakemuksella, jonka liitteenä oli tutkimussuunnitelmani. Myönteisen käyttö lupapäätöksen saatua aineisto luovutettiin käyttöni. Saatua aineiston käyttöni luin koko aineiston läpi perusteellisesti. Näin sain kattavan yleiskuvan aineiston sisällöstä. Aineisto on laaja, sillä haastatteluja on yhteensä 25 ja litteroidun aineiston sivumäärä on 235. Tämän tutkimuksen mittakaavaan nähden aineisto on liian laaja, sillä tämän kokoisessa tutkimuksessa ei ole mahdollista syventyä riittävällä tavalla näin laajaan aineistoon. Päätin siis karsia aineistoa. Karsin aineistoa siten, että jätin kaikki alle 9 sivua sisältävät litteraatiot pois tutkimuksesta. Tämä sivumäärään perustuva karsiminen oli samalla myös sisällöllistä karsimista. Lyhyissä, alle 9 sivun haastatteluissa haastatellut olivat nuikkasanaaisia ja vastailivat esitettyihin kysymyksiin lyhyesti. Pidemmässä haastatteluissa haastateltavat esittivät laajemmin omia näkemyksiään ja veivät itse aktiivisesti haastattelua eteenpäin ottamalla puheeksi haluamiaan aiheita. Uskon, että näissä pidemmissä haastatteluissa haastatellut tuovat omia mielipiteitään esiin syvemmin kuin lyhyemmissä haastatteluissa. Karsimisen jälkeen muodostetussa aineistossa oli 16 haastattelua ja litteraatioiden sivumäärä oli 170 sivua. Karsitussa aineistossa haastateltavista neljä oli naisia ja kaksitoista miehiä. Lista tässä tutkimuksessa käytetyistä haastatteluista löytyy liitteen-osiosta. Analyysiluvun aineistokatkelmassa haastattelijan puheenvuorot on merkitty isolla H-kirjaimella (H) ja vastaajan isolla V-kirjaimella (V).

3.3 Aineiston analyysimenetelmät

Tutkimukseni on laadullista tutkimusta. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on erityisesti ihmistieteissä käytetty lähestymistapa, jonka avulla pyritään kuvaamaan, ymmärtämään ja tulkitsemaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 58–59). Laadullinen tutkimus keskittyy tutkimaan ilmiöiden merkityksiä ja ihmisten kokemuksia ja tuomaan esille myös tutkijan roolin ja tulkinnallisuuden merkityksen tutkimuksen teossa (Ronkainen ym. 2013, 81–83). Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaan aiheeseen pyritään perehtymään syvällisesti ja analyysi on usein aineistolähtöistä (Kiviniemi 2001, 68–69). Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tuottamaan tilastollisesti yleistettävää tietoa vaan antamaan syvempi ja kokonaisvaltaisempi kuva tutkimuksen kohteesta. Kerätty aineisto on jossain muussa kuin numeerisessa muodossa, ja aineiston avulla pyritään tavoittamaan tutkimuskohteeseen liittyviä tarkoituksia ja merkityksiä. Aineistona käytetään

esimerkiksi haastatteluja ja valmiita tekstiaineistoja. (Alasuutari 2011, 31–54.) Laadullista tutkimusta voi luonnehtia jatkuvaksi ongelmaratkaisuksi ja prosessiksi (Kiviniemi 2001, 69–72).

3.3.1 Sisällönanalyysi ja aineiston luokittelu

Tässä tutkimuksessa on kaksi tutkimuskysymystä, joiden vastaamiseksi yhdistelen eri analyysimenetelmiä. Tutkimuskysymykseen **Millaista biovaltaa mielenterveyskuntoutujat kohtaavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä?** vastaan sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida kirjalliseen muotoon saatettuja dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Aineisto pyritään sisällönanalyysissa saattamaan tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineistoa voidaan esimerkiksi luokitella, teemoitella tai etsiä aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tämän jälkeen aineistosta voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä ja liittää se laajempaan kontekstiin ja teoriaan. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 93–121.)

Aineiston analyysi eteni kolmessa osassa. Ensin pelkistin aineistoa eli etsin aineistosta olennaisen informaation ja tiivistin sitä. Tämän jälkeen luokittelin aineistoa ja lopulta liitin luomani luokittelun tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Luettuani aineiston läpi useampaan kertaan, havaitsin haastatteluissa yhtäläisyyksiä. Avainsanoja ja -ilmauksia etsimällä merkitsin nämä yhtäläisyydet litteraatioihin värikoodeilla. Tämän perusteella loin luokittelun biovallan muodoista. Olen luokitellut aineistosta löytämäni biovallan muodot kolmeen luokkaan: pakkovaltaan, päätös- ja ohjevaltaan ja hallinnallistavaan valtaan.

Pakkovallalla tarkoitan tässä tutkimuksessa vallankäyttöä, joka perustuu pääosin paktoon, ja jonka kohteella on vähän vaikutusmahdollisuuksia. Pakkovalta tarkoittaa aineistoni kontekstissa tahdosta riippumatonta hoitoa psykiatrisessa sairaalassa, testaamista ja diagnosointia sekä lääkitystä. *Päätös- ja ohjevallalla* tarkoitan valtaa, jossa hoitohenkilökunnalla on ammattiasemansa tuoman auktoriteetin perusteella oikeus päättää asiakkaan asioista ja asiakkaiden saamasta hoidosta ja sen sisällöstä. Lisäksi tarkoitan auktoriteettiin perustuvaa valtaa ohjata ja neuvoa asiakkaita ja määritellä oikeat toiminnan ja olemisen tavat. *Hallinnallistavalla vallalla* tarkoitan vallankäyttöä, joka pyrkii lisäämään kuntoutujan itsehallintaa siten, että kuntoutujasta tulisi itsenäinen ja aktiivinen kansalainen. Hallinnallistavan vallan avulla yksilön käytöstä pyritään muokkaamaan ja ohjaamaan kohti vallitsevia käsityksiä siitä, mikä on oikeaa, hyvää, tervettä ja toivottavaa.

Toinen tapa luokitella aineistossa esiintyvää vallankäyttöä on vallankäytön jakaminen *ruumiiseen kohdistuvaan vallankäyttöön ja henkiseen vallankäyttöön*. Hyödynnän osittain tätä jakoa tutkimukseni puitteissa siten, että liitän pakkovalan ja päätös- ja ohjevalan ruumiiseen kohdistuvaksi vallankäytöksi ja hallinnallistavan valan henkiseksi, minuuteen kohdistuvaksi vallankäytöksi. Tällainen jako ruumiilliseen ja henkiseen vallankäyttöön ei ole kuitenkaan selkeää tai yksiselitteistä, sillä ruumiillinen ja henkinen vallankäyttö limittyvät toisiinsa mitä moninaisimmin tavoin, kuten tulosluvuissa myöhemmin osoitetaan.

3.3.2 Diskurssintutkimus ja kriittinen diskurssianalyysi

Tutkimuskysymykseen **Miten mielenterveyskuntoutujat suhtautuvat kohtaamaansa biovaltaan?** pyrin vastaamaan kriittisen diskurssianalyysin avulla. Tarkoitukseni on selvittää, miten haastateltavat suhtautuvat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaamaansa biovaltaan. Millaisia diskursseja he tuottavat kohtaamastaan vallankäytöstä? Diskurssintutkimus nojaa sosiaalisen konstruktionismin näkökulmaan. Tämän näkökulman mukaan kieltä ei vain käytetä kuvaamaan jo olemassa olevaa maailmaa ja todellisuutta, vaan sen avulla myös luodaan erilaisia merkityksiä, todellisuuksia ja identiteettejä. Siten diskursseilla on voimaa ja valtaa: niiden avulla luodaan käsityksiä esimerkiksi siitä, mikä on totta, mikä on hyväksyttävää ja millaiseen arvojärjestykseen asiat asettuvat. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 11–15, 52.) Diskurssianalyysi voidaan määritellä sellaiseksi kielen käytön tutkimukseksi, jonka avulla pyritään analysoimaan tarkasti sitä, miten sosiaalista todellisuutta luodaan ja tuotetaan kielellisesti (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 9–10).

Kriittisen diskurssianalyysin (Critical Discourse Analysis, CDA) huomattavina kehittäjinä pidetään Norman Fairclough’a, Teun A. van Dijkia ja Ruth Wodakia. Kriittisen diskurssianalyysin lähtöolettamana on usein oletus jonkinlaisten valtasuhteiden olemassaolosta (Vaara & Laine 2006, 159). Brittiläisen emeritusprofessori Norman Fairclough’n (2013) mukaan valtasuhteiden ja diskurssien suhde on kaksijakoinen. Tietynlaiset valtasuhteet ovat omiaan synnyttämään tietynlaisia hegemonisia eli vallitsevia diskursseja. Valtasuhteissa tuotetut hegemoniset diskurssit puolestaan edelleen ylläpitävät niitä valtasuhteita, joissa ne tuotetaan. Kriittisessä diskurssianalyysissä analyysin kohteena eivät siis ole pelkästään diskurssit, vaan diskurssien ja valan väliset suhteet. (Em., 3–8.)

Kriittinen diskurssianalyysi pyrkii tutkimaan, miten valtaa tuotetaan diskurssien avulla, ja miten diskurssit ja sosiaaliset (valta)rakenteet kytkeytyvät toisiinsa. Kriittinen diskurssianalyysi pyrkii paljastamaan ja kriittisesti arvioimaan diskurssien poliittisia, yhteiskunnallisia ja ideologisia seurauksia. (Blommaert 2005, 24–27.) On tärkeää muistaa, että diskurssit eivät vain kuvaa sosiaalista todellisuutta vaan myös luovat sitä, ja että vahvoilla, vallitsevan aseman saaneilla diskursseilla on myös ideologisia ja yhteiskunnallisia seurauksia (Jokinen & Juhila 2016, 94–98). Teun A. van Dijk (2008) väittää, että kriittisen diskurssintutkimuksen pyrkimyksenä tulisi olla alistettujen ryhmien voimaannuttaminen ja sosiaalisten epäoikeudenmukaisuuksien paljastaminen ja muuttaminen (em., 6–7). Myös Ruth Wodakin (1989) mukaan kriittisen diskurssianalyysin intressinä tulee olla epäoikeudenmukaisuuksien paljastaminen ja voimattomien ja alistettujen puolelle asettuminen (xiv).

Kriittinen diskurssianalyysi on metodin sijaan määriteltä myös akateemiseksi liikkeeksi, joka keskittyy diskurssien tutkimiseen käyttäen teoreettisina käsitteinä vallan ja ideologian kaltaisia käsitteitä (Baker ym. 2008, 273–274). Van Dijk (2008) käyttää termiä kriittinen diskurssintutkimus termin kriittinen diskurssianalyysi sijaan. Van Dijkin mukaan kriittinen diskurssintutkimus on poikkitieteellinen tutkimuksellinen lähestymistapa, ei yksittäinen analyysimenetelmä. Kriittistä diskurssintutkimusta tehtäessä teoreettiset viitekehykset, käsitteet, aineistot ja analyysimenetelmät voivat vaihdella suuresti. Yhteistä on kiinnostus siihen, miten diskurssien avulla tuotetaan ja ylläpidetään vallankäyttöä ja sosiaalista epätasa-arvoa. (Em., 1–101.)

Arja Jokisen ja Kirsi Juhilan (2016) mukaan diskurssianalyysin avulla voi analysoida valtasuhteita diskurssien välillä tai diskurssien sisällä. Diskurssien välisten valtasuhteiden analysoinnilla tarkoitetaan hegemonisten eli vallitsevien diskurssien tunnistamista ja analysointia. Diskurssien sisäisten valtasuhteiden analysoinnissa tarkastellaan tietyn diskurssin sisällä sitä, kenellä on valtaa määrittellä, mitä ja miten aiheesta puhutaan, millaisia ovat toimijoiden väliset suhteet ja millaisia subjektipositioita toimijoille muodostuu. (Em., 75–104.) Van Dijkin (2008) mukaan vallan ja diskurssien välinen yhteen kietoutuminen näkyy diskurssien kontrollissa. Kontrollioimalla sitä, kenellä on valtaa tuottaa julkisia diskursseja ja määrittää niiden sisältöä paitsi osoitetaan, myös tuotetaan valtaa. Valtaa omaavilla ryhmillä on valta kontrolloida sitä, kuka diskursseja tuottaa, miten niitä tuotetaan ja millaisia niistä tuotetaan. Tuottamalla hegemonisia diskursseja on mahdollista vaikuttaa ihmisten mielipiteisiin ja siten edelleen uusintaa ja tuottaa valtaa. Myös Fairclough (1995) toteaa, että valta määrittyy valtana kontrolloida diskurssien tuottamista, jakelua,

kuluttamista ja sisältöä, ja että tällä diskursiivisella vallankäytöllä on laajempia sosiokulttuurisia merkityksiä (em, 1–2).

Belgialainen tutkija Jan Blommaert (2005, 31–33) ja itävaltalainen tutkija Michael Meyer (2001, 16–17) ovat koonneet yhteen kriittisen diskurssianalyysin osakseen saamaa kritiikkiä. Kriittistä diskurssianalyysia on kritisoitu käsitteiden, metodien ja tieteenalojen välisten erojen hämärtämisestä sekä käsitteiden ja analyysimenetelmien epämääräisyydestä. Kritiikki on kohdistunut myös oletettuun objektiivisuuden puutteeseen: keskittyminen sosiaalisten ongelmien ja epätasa-arvoisuuksien paljastamiseen ja jopa korjaamiseen johtaa tutkijan puolueellisuuteen. On kuitenkin hyvä muistaa, että kriittinen diskurssianalyysi ei ole yksittäinen analyysimenetelmä, vaan poikkitieteellinen tutkimuksellinen suuntaus ja lähestymistapa, jonka sisällä on erilaisia suuntauksia suhteessa teorioihin ja analyysimenetelmiin (Wodak & Meyer, 2001). Kriittisen diskurssianalyysin tutkijat ovat myös kyseenalaistaneet tieteen arvovapauden ja objektiivisuuden ja korostaneet tutkijan aseman ja lähtökohtien tunnistamista ja auki kirjoittamista (Esim. van Dijk 2008, 6–7).

Kriittisen diskurssianalyysin ja Foucault’n valtakäsityksestä ammentavan hallinnan analytiikan suhteen voidaan sanoa olevan kompleksinen, sillä niiden välillä on sekä eroja että yhtäläisyyksiä. Sekä kriittisessä diskurssianalyysissä että foucault’laisessa valtakäsityksessä diskurssit ja valta käsitetään yhteen kietoutuneiksi. Molemmissa diskurssit ymmärretään tavaksi ilmentää ja edelleen tuottaa valtaa ja hallintaa. (Fairclough 1992, 37–55.) Jotkut kriittisen diskurssintutkimuksen tutkijoista (Esim. van Dijk 2008, 27–64) liittävät vallan poliittisiin ja yhteiskunnallisiin rakenteisiin, instituutioihin ja etuoikeutettuihin ryhmiin, jotka valtaa käyttäessään alistavat vähemmän valtaa omaavia. Tällainen valtakäsitys on osin vastakkainen Foucault’n ajattelulle, missä valta nähdään tuottavana, hienovaraisena ja huomaamattomana toimintana, ei pakkona ja alistuksena. Foucault ei palauta valtaa rakenteisiin ja instituutioihin, vaan näkee vallan kaikkialle ulottuvana verkostona, jossa jokainen yksilö on sekä vallankäyttäjä että vallankäytön kohde. (Foucault 2005.) Norman Fairclough (1992) pitää monia Foucault’n teorioita ja käsitteitä vallan ja diskurssien välisistä suhteista tärkeinä diskurssianalyysille. Hän kuitenkin kritisoi Foucault’n ajattelua liiallisesta abstraktiudesta ja tekstiin keskittyvän lingvistisen analyysin puutteesta. (Em., 31–61.)

3.3.3 Kriittinen diskurssianalyysi tämän tutkimuksen kontekstissa

Tässä tutkimuksessa tutkin, millaisia diskursseja haastatellut mielenterveyskuntoutujat tuottavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaamastaan vallankäytöstä. Kriittisen diskurssianalyysin lähtökohtana on oletus siitä, että valtaa tuotetaan ja uusinnetaan diskurssien avulla (Esim. Fairclough 2013; van Dijk 2008). Oma lähtöolettamani on, että mielenterveyskuntoutujat kohtaavat vallankäyttöä yhteiskunnan hoito- ja kuntoutusinstituutiossa. Olen kiinnostunut siitä, millaisena valta näyttäytyy kuntoutujien haastatteluissa. Kenellä koetaan olevan valtaa ja kenellä ei? Millaisia kokemuksia kuntoutujilla on kokemastaan vallankäytöstä ja miten ne vaikuttavat heidän käsityksiinsä omista toimintamahdollisuuksistaan? Voivatko kuntoutujat uudelleen määritellä ja jopa jakaa valtaa tuottamiensa diskurssien avulla?

On hyvä huomioda, että mielenterveyskuntoutujat eivät ole ainoita toimijoita, jotka tuottavat diskursseja mielenterveyshoidossa tapahtuvasta vallankäytöstä. Näiden diskurssien tuottamiseen osallistuvat keskeisesti myös ammattilaiset, erilaiset viranomaistahot, yhteiskunta, media ja yksilöt. Täytyy myös muistaa, että toisilla toimijoilla on enemmän valtaa määritellä, miten jostain asiasta puhutaan ja millaisia diskursseja siitä tuotetaan.⁸ Tässä tutkimuksessa olen kuitenkin kiinnostunut tuomaan esille mielenterveyskuntoutujien oman äänen ja sen, miten he kokemastaan vallankäytöstä puhuvat. Olen siten kiinnostunut diskurssien sisäisistä valtasuhteista.

Käytän analyysini konkreettisena apuvälineenä Norman Fairclough'n (1997) kehittämää viestintätilanteen kriittisen diskurssianalyysin viitekehystä. Fairclough'n mukaan viestintätilanteessa yhdistyvät kolme tasoa: teksti, diskurssikäytäntö ja sosiokulttuurinen käytäntö. *Tekstin* tasolla voidaan lingvistisen analyysin avulla tarkastella esimerkiksi tekstin tuottajan asenteita, identiteettejä ja uskomusjärjestelmiä. *Diskurssikäytäntö* on viestintätilanteen välittäjä tekstin ja sosiokulttuurisen käytännön välillä. Diskurssikäytännön tasolla analysoidaan tekstien tuottamista ja kuluttamista esimerkiksi genrejen tai diskurssijärjestyksen avulla. *Sosiokulttuurinen käytäntö* on se yhteiskunnallinen konteksti, joka muovaa diskurssikäytäntöjen ja tekstien muodostumista. Sosiokulttuurisen käytännön tasolla voidaan tarkastella diskurssien taustalla vaikuttavia sosiaalisia, poliittisia ja yhteiskunnallisia valtasuhteita.

⁸ Vrt. Van Dijk ja rasismin diskursiivinen tuottaminen (Van Dijk 2008, 102–119).

Kuvio 1. Viestintätilanteen kriittisen diskurssianalyysin viitekehys (Fairclough 1997).



Analysoin aineistoani eli litteroitua haastattelupuhetta tekstin tasolla keskittymällä tarkastelemaan, millaista puhetta mielenterveyskuntoutujat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä esiintyvistä vallankäytöstä tuottavat. Tekstitason analyysissä kiinnitän huomiota esimerkiksi käytettyyn sanastoon ja aktiivin ja passiivin käyttöön. Tekstitason analyysin jälkeen siirryn tarkastelemaan tekstitason ja sosiokulttuurisen tason välistä yhteyttä. Sosiokulttuurisen tason analyysissä liitän yksittäiset haastattelut osaksi laajempaa kontekstia ja peilaan yksittäisissä haastatteluissa esiin nousseita piirteitä mielenterveyshoidon käsitteisiin ja suuntauksiin. Koko analyysin ajan taustalla vaikuttavana teoriana on foucault’lainen hallinnan analytiikka ja Foucault’n valtakäsitys. Diskurssikäytäntöjen taso jää pois tämän tutkimuksen analyysistä. Tämä taso keskittyy tutkimaan tekstien tuottamista ja kuluttamista ja soveltuu parhaiten esimerkiksi mediatekstien analyysiin. Tämän tason analysoiminen ei ole erityisen hedelmällistä tämän tutkimuksen kontekstissa, joten siksi keskityn tekstitason ja sosiokulttuurisen tason analyysiin.

3.4. Tutkimusetiikka

Filosofian professori Juhani Pietarisen mukaan tieteen perustehtävä on luotettavan informaation tuottaminen eettisesti kestäväällä tavalla (Pietarinen 2002, 58–60). Tutkimusetiikka ja sen noudattaminen onkin keskeinen osa tieteellistä tutkimusta. Tutkimuksen tekeminen on jatkuvaa

eettisten valintojen tekemistä koko tutkimusprosessin ajan alkaen aiheen ja käsitteiden valinnasta tutkimusraportin julkaisuun (Edwards & Mauthner 2002, 19; Heikkilä 2002, 165). Tiedeyhteisö on luonut erilaisia normeja ja sääntöjä hyvälle tutkimusetiikalle, mutta tutkimusetiikka on enemmän kuin pelkkää mekaanista sääntöjen noudattamista. Ei ole edes mahdollista luoda sellaista säännöstöä, joka kattaa kaikki tutkimuksen tekoon liittyvät eettiset kysymykset. Keskeistä onkin tutkijan valmius ja halu nostaa esiin ja pohtia omaan tutkimukseensa liittyviä eettisiä ongelmia. (Gylling 2006, 349–351.) Vastuu tutkimusetiikan noudattamisesta onkin viime kädessä tutkijalla itsellään (Rauhala & Virokangas 2011, 243; Wiberg 2006, 272).

Arja Kuulan (2011) mukaan tutkimusetiikka pohjautuu ihmisarvon kunnioittamiselle ja näkyy pyrkimyksenä turvata tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus ja yksityisyys tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimusetiikan kannalta on tärkeää, että tutkittavien itsemääräämisoikeutta ja oikeutta yksityisyyteen kunnioitetaan. Tutkimus ei saa myöskään vahingoittaa tutkimuksen kohdetta fyysisesti, henkisesti, sosiaalisesti tai taloudellisesti. (Em., 58–65.) Tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittaa sitä, että tutkimuksen kohteiden on saatava itse päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen ja mitä tietoja he itsestään antavat tutkijalle. Tutkija ei myöskään saa kerätä tietoa valheen avulla. (Kuula 2006, 124–126.) Pääperiaate on, ettei tietoa voi kerätä tutkittavilta salaa tai vastoin heidän tahtoaan (Mäkelä 2006, 364). Keskeistä on myös riittävän informaation antaminen tutkimuksesta ja kerättävän aineiston säilyttämisestä ja käyttämisestä (Kuula 2011, 99–120).

Toinen tutkimuseettinen periaate on kielto tuottaa vahinkoa tutkimuksen kohteelle (Mäkelä 2006, 368). Ihmistieteissä vahingon välttämällä tarkoitetaan useimmiten henkisten, sosiaalisten ja taloudellisten vahinkojen välttämistä. Tutkijan tulee huolehtia siitä, että tutkimuksen aikana kerätyt tiedot pysyvät luottamuksellisina eivätkä ne päädy ulkopuolisten käsiin. Henkisen vahingon välttämiseksi tutkijan tulee varmistaa, että tutkimukseen liittyvät vuorovaikutustilanteet ovat kunnioittavia ja pohtia vuorovaikutustilanteissa esiintyviä valta-asemia ja omaa rooliaan tutkijana. (Kuula 2011 62–63, 138–141.) Vahingon tuottamisen kielto ei kuitenkaan ole täysin yksiselitteinen, kuten Matti Wiberg (2006) artikkelissaan toteaa. Tutkiessaan esimerkiksi rikollisia yhteisöjä tutkija saattaa vahingoittaa kohdettaan paljastamalla rikollisen toiminnan poliisille. Kolmas tutkimuseettinen periaate on tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen. Yksityisyyden kunnioittamiseksi tutkijan tulee käsitellä aineistoa luottamuksellisesti ja pitää ne lupaukset aineiston

käytöstä, säilyttämisestä ja jatkokäytöstä, jotka hän on tutkittaville antanut. Tutkijan tulee myös huolehtia siitä, etteivät tutkittavat ole tunnistettavissa valmiissa tutkimusjulkaisussa. (Kuula 2006).

Tutkimusetiikan noudattaminen on tärkeää aina, mutta erityisen tärkeää se on silloin, kun tutkimuksen aikana käsitellään poikkeuksellisen arkaluontoisia ja yksityisiä asioita. Tällaisina arkaluontoisina ja yksityisinä asioina voidaan pitää esimerkiksi rikoksen tekemiseen, seksuaalisuuteen ja terveydentilaan liittyviä tietoja, joiden paljastumisen voi ajatella johtavan yksilön tai hänen edustamansa ryhmän leimaamiseen. Se, minkä käsitetään olevan erityisen arkaluontaista ja yksityistä on kuitenkin yksilöllistä, ja jokainen yksilö määrittää itse, mitkä asiat hän on valmis paljastamaan tutkijalle. (Kuula 2011, 135–137.) Tutkimukseni aineistossa mielenterveyskuntoutujat kertovat kokemuksistaan psyykkisestä sairastumisesta ja mielenterveyspalvelujärjestelmästä ja sairauden vaikutuksista elämään. Mielenterveysongelmista kertomista voidaan pitää erityisen yksityisenä ja arkaluontoisena aiheena. Tällaisen aineiston ollessa kyseessä, on tutkimusetiikan noudattaminen ja tutkittavien yksityisyyden säilyttäminen tärkeää.

Koska en ole itse kerännyt käyttämäni aineistoa, en ole voinut vaikuttaa aineiston keruuseen liittyviin eettisiin kysymyksiin. En edes tiedä, miten alkuperäiset tutkijat ovat pohtineet ja ratkaisseet niitä eettisiä kysymyksiä, joita aineiston keräämiseen ja haastatteluiden tekemiseen on liittynyt. Mikä sitten on oma tutkimuseettinen roolini, kun hyödynnän valmista aineistoa, enkä voi ottaa kantaa aineiston keräämiseen, haastateltavien informointiin ja haastattelutilanteeseen liittyviin eettisiin kysymyksiin? Haastateltavien yksityisyyden turvaamisen tärkeys korostuu edelleen myös silloin, kun käytetään valmista aineistoa. Tutkimuksen teon aikana säilytän saamaani aineistoa salasanan takana siten, että se ei ole muiden tarkasteltavissa. Tutkimuksen loputtua huolehdin siitä, että aineisto ja kaikki siitä tehty muistiinpanot ja muut dokumentit hävitetään asianmukaisesti.

Tärkeä osa haastateltavien yksityisyyden suojaamista on myös aineiston anonymisointi eli tunnistetietojen hävittäminen, joka varmistaa sen, että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa valmiissa tutkimusraportissa. Aineiston anonymisointi on haasteellista silloin, kun haastatteluissa ei puhuta yleisesti jostain aiheesta tai ilmiöstä, vaan keskitytään nimenomaan haastateltavan elämänhistoriaan ja kokemuksiin. Haastateltavan henkilökohtaisiin kokemuksiin keskittyvä aineisto sisältää usein runsaasti sellaista henkilökohtaista tietoa haastateltavasta, minkä perusteella haastateltavan tunnistaminen on mahdollista. (Kuula 2006, 132–134.) Käyttöön saamastani

tekstiaineistosta on anonymisoitu haastateltujen sukunimi, syntymäaika, henkilötunnus ja yhteystiedot. Teksteissä on kuitenkin jäljellä sellaisia tietoja, joiden perusteella haastateltavien anonymiteetti voi olla vaarassa paljastua.

Haastatteluissa mainitaan esimerkiksi kaupunkia, kaupunginosia, vuosilukuja, läheisten nimiä ja niiden hoito- ja kuntoutuspaikkojen nimiä, joissa haastateltava on ollut hoidossa. Käyttämistäni aineistokatkelmista olen poistanut kaikki paikkojen, henkilöiden tai hoitopaikkojen nimet, ja korvannut ne ilmaisuilla kuten ”kaupunki x” ja ”psykiatrinen sairaala”. Tämä tunnistetietojen anonymisointi on myös aineiston alkuperäisen kerääjän ja käyttöluvan luovuttajan vaatimus. Haastateltavien anonymiteetin turvaamiseksi en kerro aineistokatkelmien yhteydessä haastateltavien sukupuolta, koska sillä ei ole tutkimuskysymysten tai aineiston analyysin kannalta oleellista merkitystä. En myöskään kerro haastateltavan tarkkaa ikää, koska silläkään ei ole tutkimuksellista merkitystä. Tutkimuksessa esitettävissä aineistokatkelmissa on katkelmien erotettavuuden vuoksi lopussa suluissa numero, joka kertoo, monennestako haastattelusta kyseinen katkelma on.

Koen, että tärkeä osa tutkimukseni tutkimusetiikkaa on myös alkuperäisten tutkijoiden ja aineiston kerääjien työn kunnioitus. On tärkeää tuoda esille se, kuka aineiston on kerännyt ja viitata aineistoon asianmukaisella tavalla. Tämä liittyy myös laajemmin hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Hyvän tieteellisen käytännön perusteena on tutkijan rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa tutkimuksen teon kaikissa vaiheissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2006). Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat tutkijan huolimaton tai piittaamaton toiminta tutkimusta tehdessä, esimerkiksi piittaamattomuus hyvistä tutkimuskäytännöistä ja tutkimusetiikasta sekä tutkimusvilppi. (Karjalainen & Saxén 2002, 221–222.)

Tutkijan roolia ja tieteen arvovapautta on pohdittu ihmistieteissä paljon. On pohdittu, voiko tutkija olla täysin objektiivinen rationaalinen toimija vai onko tutkimus aina väistämättä tutkijan arvojen värittämää? (Raatikainen 2006.) Tieteellisen tutkimuksen tekemiseen liittyy aina jatkuvia valintoja esimerkiksi siitä, mitä aihetta tutkitaan ja mitä käsitteitä ja menetelmiä valitaan. Tutkimus on lähtökohtaisesti joidenkin aiheiden, näkökulmien, teorioiden ja menetelmien valintaa ja toisten valitsematta jättämistä. (Häikiö & Niemenmaa 2007, 41; Ronkainen ym. 2013, 6, 74–78.) Näihin tutkijan tekemiin valintoihin vaikuttavat hänen esimerkiksi hänen henkilökohtaiset arvonsa ja tietonsa aiheesta (Rolin 2005). Täytyy muistaa, että tutkimus ja analyysi ovat aina tutkijan omaa tulkintaa

aiheesta, ja että samasta aiheesta voi tehdä hyvinkin erilaisia tutkimuksia, tulkintoja ja johtopäätöksiä (Ronkainen ym. 2013, 10, 123; Uusitalo 1991, 25). Täysin objektiivisen, neutraalin ja tutkijan arvoista ja näkemyksistä vapaan tutkimuksen tekeminen ei liene mahdollista (Raatikainen 2006, 104–105; Ronkainen ym. 2013, 12). Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että objektiivisuuden ihanne tulisi täysin hylätä, vaan pikemminkin sitä, että tutkijan on tutkimusta tehdessään hyvä olla tietoinen oman tutkimuksensa, näkökulmiensa ja valintojensa sisältämistä rajoista (Raatikainen 2006, 104–105; Ronkainen ym. 2013, 12–14; Uusitalo 1991, 26).

Hallinnan analytiikassa tiedon nähdään olevan keskeinen tapa tuottaa hallintaa (Alastalo & Åkerman 2011, 30–36). Voidaan ajatella, että myös tieteellinen tutkimus on siten vallankäyttöä, sillä tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa. Tehdessään tutkimukseen liittyviä valintoja tutkija siis käyttää valtaa; hän rajaa aihetta haluamallaan tavalla, valikoi mielestään toimivia menetelmiä ja tärkeitä lähteitä. Tutkija myös ottaa vallan tulkita aineistoa ja tehdä siitä johtopäätöksiä. Itsekin analysoin haastatteluaineistoa ja teen haastateltavien puheesta johtopäätöksiä kysymättä haastateltavien mielenpiteitä tai antamatta heille mahdollisuutta ottaa itse kantaa tutkimuksen lähtökohtiin ja tuloksiin. Kenties aineistoni haastateltavat eivät tunnista näkemyksiään tekemistäni johtopäätöksistä vaan kokisivat minun ymmärtäneen heidät väärin. Ehkä he tekisivät toisenlaisia valintoja tutkimuksen suhteen.

Tehdessään tutkimusta tutkija myös edelleen määrittää tutkimaansa ilmiötä ja ottaa kantaa sen sisältöön ja merkityksiin (Uusitalo 1991, 35). Voidaanko ajatella, että mielenterveyskuntoutujien tutkiminen ja heistä puhuminen yhtenä ryhmänä edelleen tuottaa luokittelua, kategorisointia ja leimaamista? Kriittisen diskurssianalyysin avulla pyritään analysoimaan diskurssien kautta tuotettavia sosiaalisia valta-asemia ja epätasa-arvoisuuksia (van Dijk 2008, 85). Kuka määrittää, onko näistä epätasa-arvoisuuksista tuotettu kriittinen diskurssi kuitenkaan oikeutetumpaa kuin niistä alun perin tuotettu diskurssi? Tutkimuksen tekoon liittyy loputon määrä eettisiä valintoja ja kysymyksiä. Tuskin koskaan päästään siihen tilanteeseen, että kaikki nämä kysymykset on tyhjentävästi ja yksiselitteisesti ratkaistu. Tästä huolimatta koen, että oma tutkimukseni on eettisesti oikeutettu ja eettiset kysymykset on tutkimuksessani huomioitu riittäväällä tavalla.

4. Pakkokeinoista paradokseihin – kuntoutujien kohtaama biovalta

Tutkimuskysymykseen **Millaista biovaltaa mielenterveyskuntoutujat kohtaavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä?** olen vastannut sisällönanalyysin avulla. Olen luokitellut mielenterveyskuntoutujien kohtaaman biovallan kolmeen yläluokkaan: pakkovaltaan, päätös- ja ohjevaltaan ja hallinnallistavaan valtaan. Kaikki yläluokat sisältävät monia hallinnan elementtejä, joita esittelen ja analysoin yläluokkaa käsittelevässä luvussa. Luokat eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä ja selkeärajaisia, vaan niiden rajat ovat häilyviä ja sisällöt limittyvät toisiinsa. Sisällönanalyysin tarkka, vaiheittainen eteneminen esitetään taulukkomuodossa liitteet-osiossa.

4.1 Pakkovallan esiintyminen

Nimesin ensimmäisen biovallan yläluokan pakkovallaksi, joka pitää sisällään tahdosta riippumattoman hoidon, testaamisen ja diagnosoinnin sekä lääkityksen. Tahdosta riippumaton hoito konkretisoituu äärimuodoissaan fyysisinä pakkokeinoina. Katson myös testaamisen ja diagnosoinnin sekä lääkityksen olevan pakkovaltaa. Valta diagnoosin tekemiseen on lääkäriillä, eikä potilaan mahdollinen vastustus diagnosointia tai diagnoosin sisältöä kohtaan estä diagnoosin tekemistä. Käytännössä hoitoa tarvitsevan potilaan on myös pakko suostua diagnosoitavaksi, mikäli hän haluaa saada hoitoa ja kuntoutusta. Myös lääkityksen merkitys hoitojärjestelmässä on niin suuri, että yksittäisen potilaan mahdollisuudet lääkityksen vastustamiseen ovat vähäiset. Ääritapauksissa potilasta voidaan pakkolääkitä tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Potilaiden testaamista, diagnosointia ja lääkitsemistä harjoitetaan tahdosta riippumattomassa hoidossa, mutta niiden harjoittaminen ei rajoitu vain psykiatrisiin sairaaloihin, vaan niitä harjoitetaan laajasti muussakin hoitojärjestelmässä.

4.1.1 Tahdosta riippumaton hoito

Psykiatrisissa sairaaloissa annettava hoito nousi esiin monissa haastatteluissa. Kuudestatoista haastateltavasta neljätoista oli ollut joskus hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Osa haastateltavista oli hakeutunut psykiatriseen sairaalaan vapaaehtoisesti, mutta monien kohdalla kyse oli tahdosta riippumattomasta hoidosta. Suomessa tahdonvastainen hoito on suhteellisen yleistä. Esimerkiksi Tanskassa tahdonvastaisen hoidon piiriin kuuluu noin kuusi prosenttia kaikista potilaista. Suomessa taas joka kolmas sairaalahoitojakso alkaa potilaan tahdosta riippumatta. (Karlsson & Wahlbeck 2012, 554.)

Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoido on helpoiten havaittavissa oleva esimerkki mielenterveysongelmaisiin kohdistuvasta biovallasta. Päätöksen tahdosta riippumattoman hoidon tarpeellisuudesta tekevät lääkärit, ja potilas viedään saamaan hoitoa psykiatriseen sairaalaan mahdollisesta vastustuksesta huolimatta, tarvittaessa virkavallan apua käyttäen. Tahdosta riippumattoman hoidon aikana potilaan liikkumis- ja kommunikointivapautta saatetaan rajoittaa ja potilas voidaan tarpeen vaatiessa eristää tai sitoa vöillä. Myös potilaan oikeutta pitää hallussaan omaa omaisuuttaan ja ottaa vastaan esimerkiksi kirjeitä ja paketteja saatetaan rajoittaa. (Mielenterveyslaki.)

Tahdosta riippumattoman hoidon aikana potilaan mahdollisuudet säilyttää päätösvalta omasta hoidostaan ovat vähäiset, ja tahdosta riippumaton hoito rajoittaa keskeisesti potilaan itsemääräämisoikeutta, mikä näkyi myös aineistossa.

”Mut kuitenkin laitettiin väkipakolla takas sinne psykiatriseen sairaalaan saman tien että ”parempi vaan että sä oot siellä nyt siihen asti kunnes löydetään sulle joku paikka minne sä meet”. ” (8)

”Enkä sillonkaan mä itte itteeni sairaalan toimittanu vaan mun äiti kun, mulla oli menny hermot kaikkeen niin mä olin lähteny vähän kiertele tonne Länsi-Suomeen, karannu kotoo ja.. Olinks mä neljä päivää ollu poissa, sit ne poliisit vei mut takasin. Samana päivänä sairaalaan mutta, en mä tiedä.. ” (14)

Aineistoesimerkeistä käy ilmi, että tahdosta riippumaton hoito on hyvin konkreettista ja kokonaisvaltaista puuttumista potilaan itsemääräämisoikeuteen. Päätöksen hoidon aloittamisesta ja kestosta tekevät lääkärit, eikä potilaan mielipidettä hoidon tarpeellisuudesta aina oteta huomioon päätöksiä tehtäessä. Yllä olevissa esimerkeissä potilas näyttäytyy hoidon ja toimenpiteiden passiivisena kohteena, joka laitetaan tai toimitetaan hoitoon, jota pidetään hoidossa ja jolle etsitään seuraava hoitopaikka. Potilaan oma toimijuus ja vaikutusmahdollisuudet vaikuttavat esimerkeissä vähäisiltä.

Norjalaiset terveystieteilijät Geir F. Lorem, Marit H. Hem ja hollantilainen terveystieteilijä Bert Molewijk (2015) ovat tutkineet potilaiden kokemuksia tahdonvastaisesta hoidosta.

Tutkimuksessaan he ovat verranneet potilaiden hoitokokemuksia heidän arvioonsa hoidon moraalisesta oikeutuksesta. Tutkimuksessa havaittiin, että kokemukset tahdonvastaisesta hoidosta eivät olleet neutraaleja vaan joko positiivisia tai negatiivisia. Osa haastateltavista koki ainakin jälkikäteen hoitoaan arvioidessa, että heillä on tahdonvastaisesta hoidosta positiivinen kokemus ja

heidän arvionsa mukaan hoito oli tarpeellista ja moraalisesti oikeutettua. Osan kokemukset hoidosta olivat negatiivisia, mutta he arvioivat tahdonvastaisen hoitonsa olleen silti moraalisesti oikeutettua. Osalla potilaista kokemukset hoidosta olivat negatiivisia, eivätkä he pitäneet hoitoa moraalisesti oikeutettuna. Nämä potilaat reagoivat hoitoon usein vastarinnalla tai passiivisella apatialla.

Jouko Lönnqvistin, Juha Moringin ja Markus Henrikssonin mukaan (2014) suuri osa potilaista arvioi jälkikäteen hyötynensä tahdonvastaisesta hoidosta. Heidän mukaansa potilaan kokemuksella hoitoon toimittamisesta on merkitystä hoidon onnistumisen kannalta, ja pakotetuksi tulemisen kokemus saattaa johtaa kielteiseen asenteeseen hoidon suhteen. Tämän vuoksi pakkoa hoidon yhteydessä tulisi välttää. (Em., 741.) Vaikka aineistossani tahdonvastaista hoitoa kritisoiin paljon, löytyy myös aineistostani positiivisia kokemuksia tahdonvastaisesta hoidosta. Osa haastateltavista koki jälkikäteen tahdonvastaisen hoidon olleen oikeutettua ja tarpeellista, kuten myöhemmin luvussa viisi osoitetaan.

Tahdosta riippumattoman hoidon aikana potilaalla ei välttämättä ole oikeutta pitää hallussaan omaisuuttaan kuten puhelintaan, eikä pitää yhteyttä haluamiinsa henkilöihin. Mikäli potilas vastustaa hoitoa tai hoitohenkilökunnan päätöksiä, hänet voidaan sulkea eristykseen. Vaikka henkilökunnalla on valta sulkea potilas eristykseen, ei potilailla kuitenkaan automaattisesti ole oikeutta yksityisyyteen ja yksin oloon. Hoidon aikana henkilökunnalla on siis valta kontrolloida potilaan yksityisyyden astetta.

”Mun ei annettu sieltä sairaalasta soittaa, ku mä en tienny missä mä olin niin mulle ei annettu puhelinta et mä oisin soittanu vanhemmille et miten niillä menee. Mulle ei annettu lupaa soittaa sieltä 112:een, hätänumeroonkaan. Vaan mut heitettiin, koppiin ja vaik en mä ees silleensä riehunu.” (25)

”Se oli, siel ei oikein tuntunu turvalliselle, kun siel ne kävelee suoraan huoneeseen ja siel ei ollu sitä omaa yksityisyyttä.” (5)

Maritta Välimäki, Johanna Taipale ja Riittakerttu Kaltiala-Heino (2001) ovat esittäneet kritiikkiä pakkokeinojen käytöstä Suomen mielenterveyshoidossa. Heidän mukaansa kriteerit tahdonvastaiseen hoitoon määrittämiseksi ovat suhteellisen laajat, minkä vuoksi tahdonvastaisen hoidon käyttö on suhteellisen yleistä. He myös pitävät tahdonvastaista hoitoa paternalistisena, mikä saattaa johtaa potilaan omien mielipiteiden ja arvojen mitätöintiin suhteessa hoitavan tahon arvoihin ja mielipiteisiin hoitoon liittyviä päätöksiä tehtäessä. Lisäksi heidän mukaansa eristäminen ja

liikkumisvapauden rajoittaminen tahdonvastaisessa hoidossa on Suomessa yleisempää kuin monissa muissa maissa ja vaatisi tarkempaa raportointia ja valvontaa.

Joissain haastatteluissa psykiatrissa sairaalaa kuvataan paikaksi, jossa potilaita säilytetään paremman vaihtoehdon puutteessa. Hoidon koettiin olevan passivoivaa potilaiden säilömistä, josta puuttui todellinen pyrkimys sairauden hoitoon ja sairaudesta kuntoutumiseen. Hoidon ei myöskään koettu antavan potilaalle tietoa sairaudestaan tai keinoja, joilla käsitellä sairastumisen kokemusta ja hallita sairauden oireita.

”Siellä vaan makuutetaan porukkaa ja syödään itemme ihan turvoksiin ja, siis se ei, noi sairaalat niin, siel on liikaa duunia, liian vähän työntekijöitä, liian paljon byrokratiaa.” (19)

”Psykiatrinen sairaala tuntu semmoselta.. säilytyspaikalta, että siellä ei oikein saanu tietoa sairaudesta eikä oireiden hallinnasta ei minkään näköstä tietoa eikä mitään..” (9)

Esimerkeissä korostuu jälleen potilaan rooli hoidon kohteena. Tällä kertaa potilas on passiivisesti säilytettävä objekti, jonka oma toimijuus on vähäistä. Psykiatrisen hoidon historiassa sairaalahoito oli pitkään potilaiden säilömistä ja muusta yhteiskunnasta eristämistä ilman hoidollista otetta, koska sairauden parantumista tai potilaan kuntoutumista pidettiin epätodennäköisenä (Eskola 2007, 16–17). Aineiston perusteella näyttää siltä, että tällainen passivoiva ja säilyttävä ote ei ole vielä kukaan täysin kadonnut suomalaisesta psykiatrisesta sairaalahoidosta.

4.1.2 Testit, diagnoosit ja lääkitys vallankäyttönä

Psykiatriseen hoitoon liittyy keskeisesti diagnosointi. Diagnoosin merkitys hoidon kannalta on suuri, sillä annettava hoito ja lääkitys määräytyvät pitkälti diagnoosin perusteella. Diagnoosin asettaminen on keskeistä myös potilaan saamien etuuksien ja palveluiden kannalta, sillä etuuksien ja palveluiden saamiseksi potilaalla tulee olla jokin diagnoosi. (Kulmala 2005, 291.) Diagnoosin merkitys ei kuitenkaan rajaudu pelkästään hoidon ja etuuksien saamisen näkökulmaan, vaan diagnoosin merkitys potilaan identiteetin kannalta on suuri. Mielenterveyden häiriöihin liitettävä leima saattaa olla vahingollinen potilaan identiteetille ja itsetunnolle ja toimia hyvinvointia ja kuntoutumista estävänä tekijänä. Diagnoosin saaminen ja psykiatriseen sairaalahoitoon joutuminen ovat usein niitä konkreettisia osoituksia mielenterveyden häiriön olemassa olost, jotka pakottavat yksilön määrittelemään identiteettiään uudelleen. (Esim. Goffman 1961; Hyväri 2011; Kulmala

2005.) Joskus diagnoosi saatetaan kuitenkin kokea positiivisena, sillä se selittää omaa oloa ja antaa mahdollisuuden pyytää ja saada apua (Kulmala 2005, 288, 291).

Diagnoosin tekemiseksi lääkäri tarkkailee potilasta ja tekee usein myös erilaisia psykologisia testejä. Potilaille testaustilanteet eivät välttämättä näyttäyty neutraaleina tilanteina vaan kokeina, joissa suoriutuminen vaikuttaa merkittävästi potilaan samaan diagnoosiin ja sitä kautta tulevaisuuteen.

”Ainoo mä pelkäsin sitä b-koetta justiin, mutta se on taas kerran vielä, tässä lopussahan on meillä ne b-kokeet. --- On se pikkusen hankalat sillai ku, emmä täydelliseks niitä saanu ollenkaan ja se oli vaan testi, mut kuitenkin olis voinu vähän paremminki mennä ne kokeet.” (11)

Potilaan havainnoinnin ja testaamisen perusteella lääkäri tekee diagnoosin. Lääkäri ja potilas saattavat olla eri mieltä siitä, millaisia potilaan sairaus ja oireet ovat, ja potilas saattaa kokea diagnoosin virheelliseksi.

”Kyllä siinä diagnoosissa jotakin mainittiin, että mulla on jotain kuulo- ja näköharhoja ja jotain semmosta ja mä en oo yhtään samaa mieltä.” (7)

Yllä olevassa katkelmassa haastateltava kokee diagnoosinsa olevan ainakin osittain virheellinen, eikä hän tunnista itseään diagnoosin oirekuvauksista. Valta diagnoosin tekemisestä ja sisällöstä on kuitenkin lääkärillä, ei potilaalla. Tämä saattaa osoittautua ongelmalliseksi, mikäli diagnoosi on väärä. Väärä diagnoosi saattaa johtaa vääränlaiseen hoitoon, mikä ei edistä potilaan kuntoutumista, vaan saattaa jopa haitata sitä. (Rissanen 2015.) Alla olevassa katkelmassa haastateltava pohtii aiempaa kumottua diagnoosiaan, diagnoosinsa muuttumista ja sen vaikutusta samaansa hoitoon.

”Tavallaan ei, tai se oli ehkä vähän liian kevyttä kamaa se lääkitys. Et ois vaan täytyny olla paljon voimakkaammat lääkkeet. Ja sehän oli aikasemmin persoonallisuushäiriö, mut sitten ne sano jostain et sul on joku terve puoli, et et sä oo mikään epävakaa perosonallisuus, että..” (19)

Diagnoosi siis vaikuttaa ratkaisevasti potilaalle annettavan hoidon sisältöön. Toisinaan diagnoosi näyttäytyy kuitenkin leimaavana myös hoitojärjestelmän sisällä, sillä myös mielenterveysalan ammattilaisilla on negatiivisia uskomuksia mielenterveysongelmaisista, mikä vaikuttaa heidän asenteisiinsa potilaita kohtaan (Hansson, Jormfeldt, Svedberg & Svensson 2013). Potilaatkin saattavat kokea diagnoosinsa leimaavana ja rajoittavana jopa hoitojärjestelmän sisällä.

”Joka paikkaan mihin meet niin sitten kun ne lääkärit näkee vaan sen sun diagnoosis ja kaikki ne jutut mitä sää selität, jos ne on jotain sun elämän näkemyksiä niin se ei niitä kiinnosta. Ja kokemukset, ne ei niitä usko.” (25)

Haastateltavan mukaan diagnoosi on se, minkä kautta lääkärit määrittävät hänet ja päättävät, tuleeko hänen ajatuksensa ja kokemuksensa ottaa vakavasti. Diagnosointiin liittyvä vallankäyttö näyttäytyy aineistossa kaksijakoisena. Valta diagnoosien tekemisestä sekä omasta asenteestaan diagnooseja kohtaan on työntekijöillä. Työntekijät voivat siis ensin antaa potilaalle diagnoosin ja sen jälkeen leimata potilaan tämän diagnoosin perusteella.

Diagnoosin tavoin myös mielenterveysongelmiin määrättävä lääkitys on keskeinen osa mielenterveyshoitoa ja -kuntoutusta. Kuudestatoista haastateltavasta jokainen puhui haastatteluissaan lääkityksestä. Monet haastateltavista toivat esiin lääkityksen hyviä puolia ja kokivat lääkityksen vähentäneen oireitaan ja parantaneen mielialaansa. Sekä masennus- että psykoosilääkityksestä on todettu olevan hyötyä monille potilaille. Esimerkiksi yli puolet depressiolääkkeitä käyttävistä potilaista saavuttaa hoitovasteen, jossa oireet vähenevät alle puoleen ensimmäisen 6–8 viikon aikana lääkityksen aloittamisesta. Akuutin psykoosin hoidossa hoitovaste saavutetaan noin 60 prosentilla potilaista kuudessa viikossa. (Partonen, Lönnqvist & Syväjärvi 2014, 838, 848.)

Kuitenkin haastatteluista löytyy myös toisenlaisia kokemuksia lääkityksestä. Monet haastateltavat kritisoivat lääkityksen saamaa keskeistä roolia hoidossa. Lääkitys saatetaan kokea tarpeelliseksi sairauden ollessa akuutissa vaiheessa, mutta pitkäaikaista lääkitystä ja erityisesti sen ensisijaisuutta hoitomuotona kritisoitiin.

”Se lääkitys minkä sä saat niin se kestää tosi pitkään ja, loppupeleissä se menee aika helposti siihen ettet sä pysty sitä ees lopettaa, ainakin et sä elät niitten pillereitten varassa ja se elämä niitten pillereitten varassa niin ei se oo kiva koska ei se paranna sitä sun sairauttas.” (25)

Lääkitys ei myöskään välttämättä paranna potilaan kokemusta oman elämänsä hallitsemisesta ja sairauden parantumisesta.

H: ”Joo. Mitä siinä 2007 sitte oli?

V: No lääkekokeilu meni pieleen, mä nukuin puoli vuotta neljä tuntia yössä.

H: No se ei varmastikaan tee hyvää kyllä..

V: Ei ja lääkäri ei tehny yhtään mitään asialle.” (19)

Katkelma paljastaa hoitohenkilökunnan lääkitykseen liittyvän vallan. Valta päättää potilaalle määrättävistä lääkkeistä ja niiden annostuksista on lääkärillä. Esimerkin haastateltavalle on lähdetty kokeilemaan uutta lääkettä, joka ei kuitenkaan sopinut haastateltavalle vaan aiheutti hänelle vakavaa unettomuutta. Lopulta pitkittynyt unettomuus johti psyykkiseen romahdukseen ja hoitoon psykiatrisessa sairaalassa. Haastateltavan mukaan lääkäri ei ”tehny yhtään mitään asialle”. Lääkärillä on siis valta päättää paitsi lääkityksestä, myös suhtautumisestaan lääkitykseen mahdollisiin ongelmiin ja siihen, miten ongelmiin puututaan. Tällä vallankäytöllä ja lääkärin tekemillä päätöksillä voi olla merkittäviä vaikutuksia potilaan elämään ja hyvinvointiin.

Joskus potilaat saattavat kokea sairauteen määrätyn lääkityksen välttämättömänä ja vastenmielisenä pakkona. Alla olevan katkelman haastateltava ei koe, että lääkityksestä olisi hyötyä hänen sairautensa hoidossa. Haastateltava on yrittänyt keskustella lääkityksen tarpeellisuudesta hoitohenkilökunnan kanssa, mutta hänen mukaansa keskustelut ovat olleet yksipuolisia, ja hoitohenkilökunta on painottanut lääkityksen tärkeyttä. Lopulta keskustelu on kulminoitunut lausahdukseen, jonka haastateltava on kokenut uhkauksena.

”Mutta se sano se hoitaja tossa, että se on nää lääkkeet tai sairaala. Niin kun tollasen uhkauksen heitti.” (25)

Vaikka haastateltava ei tällä hetkellä ole tahdosta riippumattomassa hoidossa, on uhka sinne joutumisesta aina läsnä. Uhan läsnäoloa hyödyntämällä hoitohenkilökunta pyrkii saamaan haastateltavan jatkamaan lääkityksen ottamista. Hoitohenkilökunnalla on valta käynnistää prosessi, jonka seurauksena saattaa olla tahdosta riippumaton hoito. Tätä valta-asetelmaa hyödyntämällä hoitohenkilökunta pyrkii vaikuttamaan haastateltavaan siten, että hän suostuisi toteuttamaan henkilökunnan tahtoa ja ottamaan lääkityksensä. Joskus hoitohenkilökunta käyttää mielenterveyskuntoutujien kanssa kohdattujen ristiriitojen ja mielipide-erojen ratkomiseen suostuttelua, joka liikkuu välillä lähellä manipulointia (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 43–44). Myös yllä oleva aineistokatkelma on esimerkki manipulointia lähenevästä suostuttelusta.

Pakkovallan luokassa potilaisiin kohdistuva vallankäyttö näyttäytyy aineistossa hyvin konkreettisena ja fyysisenä. Hoitohenkilökunnalla on oikeus päättää potilaan fyysisestä olinpaikasta ja liikkumisesta ja tarvittaessa rajoittaa potilaan perusoikeuksia kuten oikeutta pitää hallussa omaisuuttaan. Psykiatrisessa sairaalassa potilaisiin kohdistuva valta on kokonaisvaltaista valtaa, joka rajoittaa keskeisesti potilaan itsemääräämisoikeutta. Testaamista, diagnosointia ja lääkitsemistä

harjoitetaan paitsi psykiatrisissa sairaaloissa, myös muualla hoitojärjestelmässä. Testit, diagnoosit ja lääkitys edustavat pakkovallan lisäksi biomedikaalista vallankäyttöä. Biomedikaalisessa mallissa mielenterveysongelmat nähdään biologisperäisinä aivokemian häiriöiden aiheuttamina sairauksina, joita voi parhaiten hoitaa biologisilla hoidoilla kuten lääkityksellä (Deacon 2013, 847).

4.2 Päätös- ja ohjevallan esiintyminen

Toisen biovallan yläluokan olen nimennyt päätös- ja ohjevallaksi. Tässä luokassa mielenterveyskuntoutujien kohtaama biovalta näyttäytyy vähemmän fyysisenä, konkreettisena ja lääketieteellisenä kuin pakkovallan luokassa. Päätös- ja ohjevallan kautta toteutuva vallankäyttö on hienovaraisempaa ja pehmeämpää, mutta vaikutuksiltaan merkittävää. Päätös- ja ohjevallan luokassa korostuvat hoitohenkilökunnan roolit päätösten tekijöinä ja ohjeiden antajina. Instituutioiden edustamat työntekijät positioivat itsensä tiettyyn rooliin suhteessa asiakkaisiinsa (Wahlström 2000). Myös omassa aineistossani hoitohenkilökunta positioituu ohjaajaksi, neuvojaksi ja auktoriteetiksi. Hoitohenkilökunnalla on monenlaista päätösvaltaa suhteessa asiakkaisiin ja lisäksi heillä on ammattiroolinsa kautta oikeus antaa ohjeita ja neuvoja asiakkaille. Päätös- ja ohjevallan yläluokka sisältää tiedon, ajankäytön ja päiväohjelman sekä hoidon kontrolloinnin ulottuvuudet. Lisäksi se sisältää lempeäksi pakottamiseksi ja holhoavaksi ohjaukseksi nimeämäni menetelmät.

4.2.1 Tiedon kontrollointi vallankäyttönä

Foucault'n valtateoriassa tieto ja valta liittyvät perustavanlaatuisella tavalla yhteen erityisesti ihmistieteissä. Tuottamalla tietoa oikeutetaan ja mahdollistetaan vallankäyttöä, ja vallankäytön kautta myös tuotetaan tietoa. Foucault'n mukaan tieto on keskeisessä roolissa myös poikkeavuuden määrittelyn, hallinnan ja korjaamisen prosesseissa. (Foucault 2005.) Aineistossani tieto näyttäytyy asiana, jota työntekijät pitävät hallussaan ja kontrolloivat. Hoitoa koskevan tiedon jakaminen ja jakamatta jättäminen sekä asiakkaan henkilökohtaisista asioista tietäminen ovat esimerkkejä tietoon liittyvästä vallasta.

Useissa haastatteluissa kävi ilmi hoitohenkilökunnan jäsenten ja sosiaalityöntekijöiden rooli tiedon hallussa pitäjänä ja välittäjänä eli tiedon portinvartijoina. Työntekijät olivat niitä henkilöitä, joilla oli tieto erilaisista palveluista ja hoitomuodoista sekä asiakkaan mahdollisuuksista päästä palvelun tai hoidon piiriin. Omaamaansa tietoa työntekijät jakoivat asiakkaille harkintansa mukaan.

Työntekijöillä on valtaa vaikuttaa siihen, saavatko asiakkaat ylipäättään tietää palveluiden olemassaolosta; kontrolloimalla tietoa työntekijät kontrolloivat asiakkaan mahdollisuutta saada palveluita.

”En mä ennen kun mä tulin tänne niin en tienny taikka kun et terapeutti suositteli niin en tienny aikasemmin mitään.” (1)

”Ohjas joo, siel oli se sosiaalityöntekijä niin tota ohjas, mut tänne, tai tänne ja se varas ajan tänne sitte, et mä kävin sen kanssa tutustumassa ja sitte mä kävin isän kanssa vielä myöhemmin.” (24)

Esimerkeissä tieto on asia, jota työntekijöillä on ja jota he jakavat eteenpäin asiakkaille harkintansa mukaan. Työntekijöillä on tieto erilaisista hoitomuodoista, niiden sisällöistä ja asiakkaan mahdollisuuksista päästä niiden piiriin. Työntekijöillä on myös valta suositella juuri tiettyjä hoitomuotoja tai vaihtoehtoja asiakkaalle sen mukaan, minkä he arvioivat asiakkaalle parhaaksi. Tiedon portinvartijuus ei siis näyttäydy pelkkänä tiedon omaamisena ja jakamisena tai jakamatta jättämisenä, vaan myös valtana preferoida ja asettaa tietoa arvojärjestykseen.

Työntekijöillä on tietoa paitsi hoitomuodoista ja palveluista, myös itse asiakkaista. Työntekijöillä on tietoa esimerkiksi asiakkaan sairaudesta ja hoitohistoriasta. Yhdistämällä palvelu- ja hoitojärjestelmään liittyvän tiedon ja asiakkaaseen liittyvän tiedon työntekijät voivat antaa asiakkaalle vaihtoehtoja, joiden he kokevat sopivan hänelle parhaiten. Seuraavassa katkelmassa työntekijä on kertonut haastateltavalle, mitä vaihtoehtoja haastateltavalla on, kun parhaillaan käynnissä oleva kuntoutuskurssi loppuu.

”Kyllä se kerto eri vaihtoehtoja. Oli se kuntoutuskoti se X, ja sit oli Y-koti ja sitte oli se tukiasunto ja sit oli sellanen oma vuokra-asuntoki oli yks vaihtoehto.” (17)

Asiakkaaseen liittyvän tiedon merkitys tulee esiin myös hoitoneuvotteluissa. Kuntoutuskurssin aikana jokaiselle kuntoutujalle järjestetään hoitoneuvottelu, jossa on läsnä kuntoutuja, henkilökuntaa kuntoutuskurssilta sekä mahdollisuuksien mukaan muita potilaan hoitoon osallistuvia henkilöitä ja potilaan läheisiä. Hoitoneuvotteluihin osallistuvilla työntekijöillä on runsaasti tietoa asiakkaan henkilökohtaisista ja arkaluontoisista asioista. Hoitoneuvotteluissa on läsnä monia henkilökunnan jäseniä, jolloin kuntoutuja saattaa kokea tilanteet valta-asetelmaltaan epätasapainoisiksi.

”Et oon mä niissä palaverissa puhunut mutta, ja, mielelläni voisin puhua niille enemmänki mutta ku, se on se että ku, niin ykspuolista se keskustelu niin mä, puhun tai selitän näitä juttuja mutta ku eihän ne, näistä sinänsä ymmärrä. Ja niitten näkökanta on

se lääkkeet niin mä oon ottanu sen kannan et en mä kauheesti täällä enää, sen enempiä mitä nyt oon jo niin avaudu koska, jotenki tuntuu että siitä ei sen parempaa koituis mulle.” (25)

Haastateltavalla on kokemus siitä, että hoitoneuvotteluissa hänen näkemyksensä ja kokemuksensa määrittellään vähemmän arvokkaiksi kuin hoitohenkilökunnan, jolloin hoitohenkilökunnalla on enemmän valtaa päättää hänen hoidostaan. Hoitoneuvotteluiden kontekstissa tieto positioituu työntekijöille; heillä nähdään olevan ammattinsa kautta enemmän tietoa ja asiantuntemusta kuin asiakkaalla. Sosiaalityön tutkija Kirsi Juhila (2006) on kirjoittanut sosiaalityön vertikaalisesta asiantuntijuudesta. Tällä Juhila tarkoittaa sitä, että sosiaalityöntekijällä katsotaan olevan tietoa, jota asiakkaalla ei ole. Tämän tiedon perusteella työntekijä voi jäsentää asiakkaan tilanteen, siinä tarvittavat muutokset ja muutoksen suunnan sekä muutokseen johtavat toimenpiteet. (Em., 84–86.) Aineiston perusteella myös mielenterveyskuntoutuksen hoitohenkilökunnan asiantuntijuus on vertikaalista asiantuntijuutta.

4.2.2 Ajankäytön ja päiväohjelman kontrollointi

Arja Jokisen (2008) mukaan sosiaalityö on jatkuvaa tasapainoilemistä tuen ja kontrollin jännitteiden välillä. Tämä tuen ja kontrollin rajapinnalla tasapainoilu on läsnä myös aineistossani, jossa tuen ja kontrollin väliset rajat jatkuvasti hämärtyvät ja sulautuvat yhteen. Kontrollin ulottuvuus on kuitenkin vahvasti läsnä ajankäytön sekä päiväohjelman ja -rytmin määrittelyssä ja valvonnassa. Kuntoutuskurssilla noudatetaan päiväohjelmaa, joka sisältää esimerkiksi erilaisia ryhmiä, vapaa-aikaa ja kuntoutujan suorittamia arkiaskareita.

”Päivä alkaa sillä, aamupalalla ja sitä seuraa, aamukokous ja siitä on lenkki ja jotain ryhmiä tulee aina sen jälkeen. Vaihtelee päivittäin. Siel on se lounas suunnilleen ja sit tulee taas lisää ryhmiä. Sit on jo päivällinen siinä. Se päivä sit menee.” (20)

Kuntoutujien tulee noudattaa etukäteen määrättyä päiväohjelmaa, jonka sisältöön heillä ei ole ollut paljoakaan vaikutusvaltaa, sillä päiväohjelmasta päättää hoitohenkilökunta. Kuntoutuskurssin asiakkailla on mahdollisuus ehdottaa haluamaansa toimintaa niille ajoille, joille ei ole vielä mitään ohjelmaa. Päätöksen siitä, voiko näitä ehdotuksia toteuttaa, tekee henkilökunta.

”---Tääl on se tietty päivärytmi minkä mukaan mennään, ei siihen kauheesti voi vaikuttaa mutta tietysti on sit niitä että saa itte tehdä ehdotuksia että mitä tehään ---” (8)

”No, nii, no kyllähän nää nyt sillain aika tarkkaan, että ku meil on tuol toi taulu, missä on noi, päiväohjelmat, merkattu sinne kellonajat siihen”. (24)

Haastateltavien mukaan kurssin päiväohjelma tarkkaan määritelty, eikä siihen voi juuri vaikuttaa. Päiväohjelma kellonaikoinen kirjoitetaan joka päivä taululle, jotta kaikki olisivat selvillä siitä, mitä päivän aikana tulee tehdä ja mihin aikaan. Tätä ohjelmaa kaikkien oletetaan noudattavan. Kuntoutujat voivat esittää toiveita erilaisista retkistä tai ryhmistä. Päätösvalta toiveiden toteutumisesta on kuitenkin hoitohenkilökunnalla. Kuntoutujien päiväohjelma ja päivän aikana tapahtuva toiminta rakentuu työntekijöiden päätösten varassa, eikä kuntoutujille aina jää mahdollisuuksia tehdä itsenäisiä päätöksiä siitä, mitä he haluavat päivän aikana tehdä.

Päiväohjelman lisäksi henkilökunta kontrolloi kuntoutujien ajankäyttöä. Esimerkiksi aamuhäätäminen on ollut joillekin kuntoutuskurssilaisille vaikeaa, mutta kaikkien kuitenkin oletetaan heräävän aamulla siten, että he ehtivät mukaan suorittamaan päiväohjelmaa. Joissain tilanteissa henkilökunta kontrolloi asiakkaiden ajankäyttöä hyvinkin tarkasti. Seuraavassa katkelmassa haastateltava vertailee kokemuksiaan kuntoutuskodista, jossa hän on aiemmin asunut ja kuntoutuskurssista, jolla hän on nyt.

”Oli siel kyllä, siel oli aika semmosta, vähä minuutinki myöhässä tosta aamukokouksesta, joutu tekee lopputyöt. Tosi semmosta, et tääl on paljo vapaampaa täällä.” (17)

Kuntoutuskodissa minuutinkin myöhästyminen aamukokouksesta on johtanut siihen, että rangaistuksena on joutunut tekemään lisätöitä. Hoitohenkilökunnalla on siis ollut valta määrittää asiakkaiden ajankäytöstä minuutilleen ja rangaista asiakkaita, jos nämä eivät ole noudattaneet aikatauluja tarkasti. Hoitohenkilökunnan valta asiakkaiden päivärytmistä- ja ohjelmasta on varsin kokonaisvaltaista.

Näen tämän tiukan päiväohjelman ja päivärytmin sääntelyn osana mielenterveyskuntoutuksen institutionaalista kontrollia.⁹ Institutionaalisella kontrollilla tarkoitan kontrollia, jonka avulla pyritään varmistamaan instituution perustehtävän mahdollisimman tehokas toteutuminen. Jotta mielenterveyskuntoutus voisi täyttää perustehtävänsä eli asiakkaiden kuntouttamisen, tulee asiakkaiden toimintaa instituution sisällä kontrolloida. Aineiston kuntoutuskurssin tavoitteena on lisätä kuntoutujien elämänhallintaa ja toimintakykyä. Jotta tavoite voisi toteutua, tulee kuntoutujien osallistua kurssilla järjestettävään toimintaan, joissa kyseisiä asioita opetellaan.

⁹ Vrt. sosiaalityön organisatorinen kontrolli (Juhila 2006).

Kuntoutujien osallistuminen toimintaan puolestaan varmistetaan päiväohjelmaa, päivärytmiä ja aikatauluja kontrolloimalla. Toisinaan mielenterveyskuntoutuksessa on kyse laitosasumisesta, ja toimiakseen tehokkaasti laitoksilla täytyy olla suunniteltu ajankäyttö ja toimivat rutiinit.

4.2.3 Lempeä pakottaminen ja holhoava ohjaus

Hoitohenkilökunnalla on valta määritellä kuntoutuskurssin päiväohjelma, ja kaikkien oletetaan osallistuvan yhteiseen toimintaan, vaikka kyseinen toiminta tuntuisi kuntoutujasta hankalalta tai hän ei näkisi sitä hyödyllisenä oman kuntoutumisensa kannalta. Mikäli kuntoutuja ei ole halukas osallistumaan etukäteen päätettyyn ohjelmaan, on henkilökunnalla valta ohjeistaa ja patistaa kuntoutujaa toimimaan toivotulla tavalla. Nimesin tämän vallankäytön tavan lempeäksi pakottamiseksi, koska se ei perustu fyysiseen pakeroon tai sen uhkaan, mutta ei myöskään täyteen vapaaehtoisuuteen ja asiakkaan itsenäiseen päätösvaltaan. Lempeä pakottaminen perustuu hoitohenkilökunnan ammattiaseman kautta saatuun auktoriteettiin ja oikeuteen tehdä päätöksiä, määritellä oikeita toimintatapoja ja ohjata asiakkaita toimimaan oikeaksi katsotulla tavalla.

Kysyttäessä, mikä on ollut kurssilla vaikeinta, monet haastateltavat kuvasivat jotain kurssin toimintaa itselleen hankalaksi tai epämieliseksi. Tästä huolimatta heidän on täytynyt osallistua kyseisiin toimintoihin.

”Noi draamaharjoittelut missä pitää esittäytyä ja siinä on ollu aina vaikeuksia.” (7)

”Siivoomine on ollu raskainta et, ei millään huvittais siivota mut ku aina on pakko ni..” (13)

Hoitohenkilökunnan valta lempeästi pakottaa kuntoutujia ei rajoitu pelkän toiminnassa mukana olemisen varmistamiseen. Pelkän läsnäolon lisäksi hoitohenkilökunnalla on valta määritellä, millainen läsnäolo on hyväksyttävää. Pelkkä kuntoutujan fyysinen läsnäolo ei riitä, vaan kuntoutujan tulee myös osallistua toimintaan hyväksytyllä tavalla. Esimerkiksi kurssin päiväohjelmaan kuuluvissa ryhmissä kuntoutujien täytyy pystyä vastaamaan heille esitettyihin kysymyksiin henkilökunnan riittäväksi määrittämällä tavalla.

”Joo ne, kysymykset on melko lailla vaikeita kun on kielletty vastaamasta ”ei tiedä” tai ”en osaa sanoa”, tällätteitä vastauksia ei hyväksytä niin, jos on vaikee kysymys niin siihen on hirmu vaikee keksiä mitään muuta sanottavaa kun ”ei tiedä” tai ”en osaa sanoa”.” (23)

Katkelmassa henkilökunta siis määrittää paitsi kuntoutujan fyysisen olinpaikan, myös hänen osallistumisensa asteen. Kiellettyä hyväksymästä vastauksia ”en tiedä” tai ”en osaa sanoa”

henkilökunta pyrkii vaikuttamaan kuntoutujan tapaan osallistua keskusteluun. Fyysinen ja henkinen vallankäyttö kietoutuvat yhteen; määräämällä kuntoutujan fyysisesti osallistumaan ryhmään hoitohenkilökunta myös asettaa kuntoutujan asemaan, jossa hänen henkisiin toimintoihinsa kohdistuu vallankäyttöä. Seuraavassa katkelmassa haastateltava vastaa haastattelijan kysymykseen siitä, onko haastateltavasta tuntunut kurssin aikana, että häntä on pakotettu tai patistettu johonkin.

”On ehkä vähän, mulla on ollu, sillon alkukurssista tuntu että kaikki on semmosta pakkoa. Että ei oo semmosta omaa mieltä ollenkaa.” (9)

Lempeän pakottamisen kautta hoitohenkilökunta puuttuu asiakkaiden mielen sisäisiin asioihin kuten haluun osallistua tai toimia. Kun asiakkaalta viedään mahdollisuus toimia oman mielensä ja halunsa mukaan, hän kokee jäävänsä vaille omaa mieltä ja noudattavansa vain ulkoa päin tulevaa pakkoa. Veikko Aalbergin (2014) mukaan mielen jatkuva pyrkimys on ylläpitää mahdollisimman hyvää tasapainoa sisäisten yllykkeiden, niiden vastavoimien ja ulkoisten vaatimusten välillä, mitä oireenmuodostus kuvastaa. Psykiatrisessa hoidossa sen hetkinen tasapaino saattaa joutua hoidon vuoksi uhatuksi, mihin potilas saattaa reagoida vastarinnalla hoitoa ja sen päämääriä kohtaan. Vastarintaa ovat esimerkiksi pois jääminen, myöhästely, vaikeneminen, vaikeiksi koettujen asioiden välttäminen ja unohtaminen. (Em., 774.) Lempeän pakottamisen voi nähdä hoitohenkilökunnan keinona taltuttaa asiakkaiden vastarinta käyttäen mahdollisimman pehmeitä ja suostuttelevia keinoja.

Toisen arjen toimintoihin liittyvän vallankäytön tavan olen nimennyt holhoavaksi ohjaukseksi. Holhoavalla ohjauksella tarkoitan yksinkertaisiin arkiaskareisiin liittyvää yksityiskohtaista ohjeistusta ja valvontaa, jolla ei ole suoraa hoidollista merkitystä. Holhoava ohjaus ei perustu siihen, että sillä olisi asiakkaiden kannalta hoidollista merkitystä. Se perustuu pikemminkin oikeanlaisten toimintatapojen määrittämiseen ja valvontaan. Holhoavan ohjauksen avulla hoitohenkilökunta pyrkii määrittämään, miten esimerkiksi siivotaan tai katetaan pöytä oikealla tavalla. Kuntoutuskurssin aikana kuntoutujat ovat vastuussa sekä yleisten tilojen että omien huoneidensa siisteydestä. Haastateltava pohtii oman huoneen ja yleisten tilojen siivoamisessa olevia eroja.

”Kyllä ne tarkastetaan ja kyl ne yleensä menee läpitte, mutta siltikin se on semmosta vähän enemmän semmosta hutilointia se siivous et se ei oo semmosta niin kauheen tarkkaa ja viimesen päälle mitä se on täällä yleisis tiloissa” (8)

Haastateltavan mukaan kuntoutujien yksityiset tilat tarkastetaan siivoamisen jälkeen, jotta hoitohenkilökunnan määrittämä siisteyden taso täyttyy. Näin toimimalla henkilökunta tunkeutuu kuntoutujan yksityisalueelle ja ottaa itselleen vallan määritellä, millainen tuon alueen tulee olla. Yleisten tilojen siivoamisen tulee olla ”viimesen päälle” hoidettu, ja riittävän siisteystason määrittävät tässäkin työntekijät. Pisimmälle vietyä holhoava ohjaus puuttuu jopa kuntoutujan henkilökohtaiseen hygieniaan, minkä kuntoutujat saattavat kokea turhauttavana.

”Tääl oli se semmonen ryhmä yhden kerran kun arjenhallinta, en tiä sitten loppuks se jo, missä käytiin ihan perusasioita peseytymisestä ja käsienpesusta ja muusta niin mun mielestä se oli tosi pitkästyttävä ja niin itsestään selviä asioita että se oli vähän semmonen turha.” (8)

Pidän holhoavaa ohjausta osittain laitostumisen purkamiseen ja ehkäisemiseen liittyvänä mekanismina. Markku Ojasen ja Esa Sariolan (1986) mukaan monet pitkäaikaishoidetut ovat laitostuneita siten, että elämänhallinnan puutteissa ei ole kysymys enää vain tiedon ja taidon puutteesta vaan myös motivaation puutteesta. Laitostumisen oireita ovat esimerkiksi välinpitämättömyys omaa olemusta kohtaan, haluttomuus ponnistuksiin, pitkäjänteisten päämäärien ja oma-aloitteisuuden puute sekä kuntoutusyritysten vastustaminen. Laitostuneilla potilailla kontaktit ulkomaailmaan ovat usein katkenneet eivätkä potilaat itse koe halua tai tarvetta palata laitoksen ulkopuoliseen elämään ja saavuttaa itsenäistä elämänhallintaa. Kuntoutus voidaan Ojasen ja Sariolan mukaan mieltää oppimistapahtumana, jossa henkilökunta antaa palautetta kuntoutujalle ja mahdollistaa siten uusien taitojen oppimisen ja laitostumisen murtamisen. (Em., 35–39, 131–132.)

Alla olevassa katkelmassa haastattelija ja haastateltava keskustelevat siivouksesta kuntoutuskurssilla.

V: ”Joskus mä en neuvois, neuvois niin yksityiskohtaisesti jossain siivousasioissa että.. On ollu puhetta siitäkin että, tietyt henkilöt ei tarvi nii paljoo opastusta. Vaikka oiski hämmentynyt persoona ni, ei sillekää tarvi koska se liian, liika neuvominen, aiheuttaa vaan sitä, kun on yksinkertaisesti asiasta kysymys ku siivous, että liika neuvominen entistä enemmän vaa monimutkaistaa sitä yksinkertasta asiaa.

H: Se on kyllä ihan totta et, voi ruveta kuulostaa kauheen vaikeelta.

V: Nii että pitäis tehdä just näin ja käsiä pitäis liikuttaa tolleen ja..” (9)

Haastateltavan mielestä henkilökunta ohjeistaa siivousta liian tarkasti, mikä turhaan monimutkaistaa yksinkertaista asiaa. Henkilökunnan ohjeistus siivouksen suhteen ulottuu jopa siihen, millä tavalla käsiä tulee siivotessa liikuttaa. Myös oikeasta tavasta kattaen pöytä on tullut erimielisyyksiä erään kuntoutujan ja henkilökunnan välille.

”---perjantaina oli erimielisyyksiä siitä, siinä mun ruuanlaitossa tai siivo-, hetkine, oliko se ruuanlaitossa et mä olin unohtanu kattaa pöydän kunnolla ni siitä tuli sit erimielisyyttä et mite se oli menny.” (13)

Arnold Ludwigin mukaan keskeistä laitostumisen noidankehän murtumisessa on vastuun siirtäminen potilaille. Ludwigin mukaan myös laitostuneet pitkäaikaipotilaat pystyvät ottamaan vastuuta itsestään ja toiminnastaan, kun heiltä sitä edellytetään. Henkilökunnan tehtävänä on vaatia potilaita ottamaan vastuuta ja osoittamaan aktiivisuutta kuntoutuksen aikana. Hoitohenkilökunta edustaa potilaille ”normaalia maailmaa”, joten heillä on myös oikeus ottaa kantaa siihen, mikä on oikein, riittävää ja tarpeellista. (Ludwig 1971 sit. Ojanen & Sariola 1986, 147–153.)

Suvi Raitakarin ja Kirsi Juhilan (2011) mukaan ihmiseen kohdistuu biologisen ikäkategoriensa mukaisia odotuksia. Aikuisen ikäkategoriaan kuuluvan oletetaan kykenevän huolehtimaan itsestään ja olevan aktiivinen yhteiskunnan jäsen. Mielenterveyskuntoutuksessa nämä aikuisuuden odotukset usein rikkoutuvat. Aineistosta löytämäni lempeän pakottamisen ja holhoavan ohjauksen suhde aikuisuuden odotuksiin on ambivalentti. Toisaalta niillä pyritään vahvistamaan aikuisuuden odotuksien toteutumista, sillä niiden avulla pyritään tuottamaan kuntoutujista arkea, rutiineja ja ajankäyttöä hallitsevia itsenäisiä aikuisia. Lisäksi niiden avulla pyritään vahvistamaan aikuisuuteen liitettävää velvollisuudentuntoa. Toisaalta holhoava ohjaus rikkoo aikuisuuden odotuksia asettamalla mielenterveyskuntoutujat ajoittain lähes lapsen asemaan; heidän huoneensa siisteys tarkistetaan, heille annetaan hyvin yksityiskohtaisia ohjeita perusasioiden hoidossa ja heille jopa opetetaan, miten kädet pestään.

Yleisesti ajatellaan, että mielenterveyskuntoutuksen päämääränä on lisätä kuntoutujan itsenäisyyttä, vähentää riippuvuutta muista ja palauttaa vapaus ja vastuu kuntoutujalle itselleen (Raitakari & Juhila 2011, 209). Holhoava ohjaus vähentää kuntoutujan mahdollisuutta tehdä itsenäisiä päätöksiä ja ottaa vastuuta arjen perusasioiden hoitamisesta itselle soveltuvalla tavalla, ja saattaa siten itse asiassa vähentää kuntoutujan mahdollisuuksia saavuttaa itsenäisyyttä. Toisaalta kuntoutujat eivät välttämättä ole aina halukkaita tekemään päätöksiä, ottamaan vastuuta ja olemaan aktiivisia, jolloin tarvitaan hoitohenkilökunnan ohjausta ja kannustusta. Onkin aiheellista pohtia, missä menee raja itsenäisyyttä rajoittavan holhoamisen ja itsenäisyyteen kannustavan ohjaamisen välillä?

Aineistoni haastateltavat ovat nuoria aikuisia, jotka ovat ikänsä puolesta siirtymässä lapsuudesta aikuisuuteen. Nuori siirtyy lapsuudesta aikuisuuteen erilaisten sosiaalisten siirtymien kautta, joista keskeisimpiä ovat työelämän aloittaminen, kotoa pois muuttaminen ja perheen perustaminen (Aapola & Ketokivi 2005). Toisen maailmansodan jälkeen siirtyminen aikuisuuteen on yhteiskunnallisen kehityksen myötä monimutkaistunut, hajautunut ja epävakautunut (Mary 2012, 29–32). Aikuisuuteen siirtymisen vaikeudet olivat havaittavissa aineistossani. Kuinka siirtyä aikuisuuteen, kun sairaus estää aikuisuuteen liitettävien siirtymien, kuten itsenäisen asumisen ja työelämän aloittamisen toteutumisen? Monissa haastatteluissa vanhempien merkitys nousi esiin. Aineistossa vanhemmat olivat asuinkumppaneita, hoidon ja avun hankkijoita, hoitoneuvottelujen osallistujia ja tukiverkoston jäseniä. Aikuisuuteen siirtymisen ja vanhempien merkityksen teemat ovat läsnä kaikkien nuorten aikuisten elämässä, mutta mielenterveyskuntoutujilla ne korostuvat sairauden vuoksi.

4.2.4 Portinvartijat hoidon kontrolloijina

Aiemmin tässä luvussa todettiin, että hoitohenkilökunta toimii mielenterveyskuntoutuksessa tiedon portinvartijana. Hoitohenkilökunnan portinvartijuus ei kuitenkaan rajoitu pelkkään tietoon, vaan he toimivat portinvartijoina myös hoitoon pääsyn suhteen. Hoitoon pääsyyn vaikuttavat monet tekijät, joista yksi keskeinen on raha.

”Se palaveri missä oli tää kaupungista X tää päättävä taho mukana niin se oli aika semmonen tiukka palaveri. Siinä puhuttiin just siitä kaupungin X budjetista ja muusta ja sitten rajattiin ne vaihtoehdot aika vähiin että suurin piirtein pakotettiin että kaupunkiin X on muutettava ja kaupungilta X sitten katotaan se tarvittava tuki ---” (8)

”Se sano taas että XY-kursseihin ja muuhun ei oo rahaa niin sitä tarttuu sitä negatiivisuutta. Mutta sitten kun se ehdotti sitä sellasta parempaa vaihtoehtoo, sellasta koulutusta ja omaa asuntoa niin mä ymmärsin että se oli aika asiallinen henkilö niin että kun ne budjetit on kauheen tiukkoja enkä mä siitä tiedä mitään. Mut ne kuitenkin työskentelee siellä ja niiden pitää päättää kuka saa mitään.” (7)

Katkelmista käy ilmi, miten budjetit määrittävät sitä, millaista hoitoa tai kuntoutusta asiakkaalle on mahdollista tarjota. Budjetit sekä niiden kontrollointi on työntekijöiden vallassa, jolloin asiakkaan vaikutusmahdollisuudet saamansa palveluiden suhteen jäävät kapeiksi. Puhe resursseista ja budjeteista saattaa joissain tilanteissa loukata apua kaipaavaa asiakasta (Romakkaniemi 2011, 160). Seuraavassa katkelmassa haastateltava kuvaa tilannetta, jossa hänen jatkohoitonsa psykiatrisen sairaalahoitajakson jälkeen oli avoinna.

” ---Siis se olo oli ihan kauhee, että kun ei ollu mitään tulevaisuudensuunnitelmia, ei pystynyt näkee päivää pitemmälle niitä asioita. Et vast sitten ihan siinä loppuvaiheessa

kaks viikkoo ennen, kolme viikkoo ennen, sitten sain tietää tästä x-projektista niin tuli vähän toivoo että vois olla joku paikka minne vois päästä.” (8)

Haastateltava on joutunut kärsimään epävarmuudesta jatkohoidon suhteen. Katkelma kuvastaa työntekijöiden valtaa suhteessa asiakkaaseen; asiakkaan jatkohoidosta päättää joku muu kuin hän itse, eikä hänellä ole muita vaihtoehtoja kuin odottaa, millaisia päätöksiä hänen tulevaisuudestaan tehdään. Katkelman perusteella vaikuttaa siltä, että haastateltavalla ei ole ollut mahdollisuuksia esittää toiveita tulevan hoitonsa suhteen, vaan hän on ollut tyytyväinen mahdollisuudesta päästä edes johonkin jatkohoitopaikkaan. Hoitoon pääsy ei ole aina itsestään selvää, sillä hoitopaikkoja on rajoitetusti, eikä kaikkien ole mahdollista päästä tiettyyn hoitoon. Sama haastateltava kuvaa mahdollisuutta päästä kuntoutuskurssille potilaiden välisenä kilpailuna siitä, kuka hoitoon pääsee.

”Ei, itse asias me psykiatrisessa sairaalassa kuultiin et tääl on yks paikka vapaana ja sitten mulle kerrottiin pikkusen muutamaa tuntia aikasemmin kun X:lle tästä ja sitten meillä tuli keskenämme semmonen kauhee kilpailu et kumpi tänne ny pääsee ja sitten kerrottiinkin et tääl on enemmänkin tilaa, no sit oltiin tosi helpottuneita et kummatkin pääsi.” (8)

Mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva vallankäyttö kulminoituu jatkohoidosta päätettäessä etenkin akuutin sairastumisjakson ja psykiatrisen laitoshoidon jälkeen. Oikeanlaisen jatkohoitopaikan saaminen saattaa muokata merkittävällä tavalla asiakkaan koko tulevaisuutta. Valta päättää jatkohoidon saannista ja siitä, millainen tuleva jatkohoitopaikka on, on kuitenkin työntekijöillä. Työntekijät saattavat esimerkiksi asiakasvalikointitilanteissa arvioida ja päättää, kenet he hyväksyvät edustamansa hoitopaikan asiakkaiksi (Raitakari & Juhila 2011, 204).

Hoitoon pääsystä päätettäessä on kyse myös resurssien jaosta. Hoitopaikkoja ja mahdollisuuksia päästä palvelujen piiriin ei riitä kaikille. Kirsi Juhila (2006) on pohtinut asiaa sosiaalityön kontekstissa. Juhilan mukaan sosiaalityössä on aina ollut läsnä jako ansaitseviin ja ansaitsemattomiin avustettaviin. Nykypäivän Suomessa ansaitsevia avustettavia ovat ne syrjäytyneet, jotka tekevät parhaansa liittyäkseen takaisin yhteiskuntaan ja noudattaakseen sääntöjä. Ansaitsemattomia ovat ne, jotka eivät yritä riittävästi ja valitsevat vääränä pidettyjä arvoja ja toimintatapoja. Ansaitsemattomat syrjäytyneet suljetaan normaalin auttamistyön ulkopuolelle, eräänlaiseen marginaalin marginaaliin. Toisinaan heihin aletaan kohdistaa vielä aiempaakin tiukempaa kontrollia, mutta toisinaan nämä vaikeiksi ja mahdottomiksi määritellyt tapaukset jätetään kokonaan järjestelmän ulkopuolelle. (Em., 81–84.) Niin sosiaalityössä kuin mielenterveyskuntoutuksessakin jonkun on tehtävä päätös ja arvio siitä, kenelle niukkoja resursseja kohdennetaan ja kuka niistä mahdollisesti eniten hyötyy.

Aineistossani oli kokemuksia tilanteista, joissa hoito on evätty ja kuntoutuja on kokenut jääneensä ilman tarvitsemaansa hoitoa. Haastattelija ja haastateltava keskusteleivat siitä, miten haastateltava on saanut apua mielenterveysongelmiinsa.

V: ”---Kyllä mää sillon, kun mä koko ajan tiedostin sen että mä oon hullu, sillon mä koitin mennä paikasta toiseen, kävin kaikki paikat läpi, terveyskeskukset ja mielenterveystoimistot kaikki että, sanottiin että ei pysty ja sitte kävi se mitä kävi ja sitten vasta, sittenhän se oli jo liian myöhästä.

H: Koeksä et sä et saanu apua niiltä ja sua ei kuunneltu?

V: Joo en todellakaan saanu.” (25)

Haastateltava ei ole saanut tarvitsemaansa hoitoa, vaikka on aktiivisesti yrittänyt sitä saada. Hoitohenkilökunnan päätöksellä hoito on evätty. Lopulta haastateltava on sairastunut psykoosiin ja joutunut psykiatriseen sairaalaan. Hoitohenkilökunnalla on siis ensin ollut valta estää haastateltavaa saamasta hoitoa ja myöhemmin toimittaa hänet tahdonvastaiseen hoitoon psykiatriseen sairaalaan. Henkilökunta siis säätelee kuntoutujan halun toteutumista; välillä hoitoon ei pääse vaikka haluaisi, mutta välillä joutuu, vaikkei haluaisikaan.

Hoitoon pääsyn lisäksi työntekijät määrittävät myös pitkälti sitä, millaista hoito tai kuntoutus on sisällöltään.

”---pääsis enemmän purkaan niitä menneitä asioita vähän niinkun jonkun psykologin, kanssa joka ymmärtää näistä, asioista. (--)” (22)

”---tossa avopuolella ainaki sillai että, siinä vaan lääkäri joskus antaa niitä lääkkeitä, ja siinä tavallaan, jotenki ollaan vaan, tavallaan että koittaa itekseen selviytyä ja semmosta, et se on ehkä vähän liikaaki semmosta sitte, jollain tavalla.” (24)

Monissa haastatteluissa haastateltavat toivoivat mielenterveyshoidon ja -kuntoutuksen olevan vähemmän lääkkeisiin painottuvaa ja enemmän terapiaan keskittyvää. Monet haastateltavat kokivat hoidon olevan pääasiassa lääkkeiden määräämistä ilman varsinaista keskustelua tai terapiaa, mikä ei heidän kokemuksensa mukaan välttämättä edistä kuntoutumista. Kokemuksissa hoidon epämisestä tai riittämättömäksi koetusta hoidosta on pohjimmiltaan kyse siitä, että asiakas ei koe tulevansa kuulluksi, kohdatuksi ja ymmärretyksi omana yksilöllisenä itsenään. Tällaiset kokemukset saattavat vaikuttaa kielteisesti asiakkaan kykyyn kokea itsensä hyväksytyksi ja arvostetuksi. (Pesonen 2006, 44–47.)

Tutkimuskirjallisuudessa esitetyt väitteet mielenterveyspalveluiden hajanaisuudesta ja lääkehoidon korostumisesta (Esim. Eskola 2007, 32–35; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 43–53; Pietikäinen 2013, 373) vaikuttavat aineistoni valossa vastaavan mielenterveyspalveluiden asiakkaiden todellisuutta. Mielenkiintoista on vallan ja vastuun jakautuminen työntekijöiden ja asiakkaiden välillä. Aineiston perusteella vastuu paranemisesta ja kuntoutumisesta vaikuttaa olevan asiakkaalla, mutta päätösvalta hoitoon liittyvissä asioissa työntekijöillä. Käykö pirstaleisessa hoitojärjestelmässä niin, että asiakkaalla on vastuu kuntoutumisestaan, mutta kenelläkään ei ole vastuuta järjestää kokonaisvaltaista, jatkuvaa ja sopivaa hoitoa?

Päätös- ja ohjevallan luokassa mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva biovalta näyttäytyy ennen kaikkea valtana tehdä päätöksiä ja antaa ohjeita. Työntekijöillä on ammattinsa kautta valta tehdä asiakkaan hoitoon liittyviä päätöksiä ja määritellä asiakkaan parasta. Tässä luokassa korostuu myös vallankäyttö kontrollina; työntekijät kontrolloivat tietoa, aikaa, toimintaa ja hoitoon pääsyä sekä hoidon sisältöä. Päätös- ja ohjevalta myös objektivoi asiakkaan tietämisen, ohjaamisen ja päätösten kohteeksi. Hallinnan analytiikan tutkimussuuntauksessa hallinnan ytimessä on subjektivointi objektivoinnin kautta (Esim. Rose 1990). Seuraavassa luvussa tarkastelen aineiston avulla näitä teemoja mielenterveyskuntoutuksen kontekstissa.

4.3 Hallinnallistavan vallan esiintyminen

Hallinnallistava valta on mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvista biovallan muodoista abstrakteinta ja vaikeiten tavoitettavaa. Hallinnallistava valta näkyy ensisijaisesti toivotun identiteetin tuottamisena. Hallinnallistavan vallan luokassa kuntoutujat ensin objektivoidaan toiminnan kohteiksi ja sitten subjektivoidaan toivotun identiteetin toteuttajiksi. Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutuja on toiminnan kohde, johon pyritään vaikuttamaan erilaisilla toimenpiteillä, ja tämän toiminnan tarkoituksena on tuottaa kuntoutujalle toivotunlaista identiteettiä. Yksinkertaistaen voidaan sanoa, että mielenterveyskuntoutuksessa passiivisista, yhteiskunnasta riippuvaisista ja elämäänsä hallitsemattomista asiakkaista pyritään kuntoutuksen avulla tuottamaan aktiivisia, itsenäisiä ja elämäänsä hallitsevia kansalaisia. Hallinnallistava valta näkyy siis toivotun identiteetin tuottamisena. Toivotun identiteetin tuottaminen ei kuitenkaan ole yksiselitteistä ja suoraviivaista toimintaa, vaan siihen liittyy ristiriitoja ja paradokseja.

4.3.1 Toivotun identiteetin tuottaminen

Jani Selin (2010) on tutkinut kansalaisuuden tuottamista yhteisöllisissä huumehoidoissa. Selinin mukaan hoitojen tarkoituksena on muokata täysivaltaiseen kansalaisuuteen kykenemättömistä narkomaaneista täysivaltaisia demokraattisen yhteiskunnan kansalaisia, jotka ovat aktiivisia, riippumattomia ja kykeneviä osallistumaan yhteiskunnan toimintaan. Tähän tavoitteeseen pyritään objektivoimalla hoidettavat erilaisten ruumiillisten ja henkisten vallankäytön ja hallinnan keinojen kohteiksi. Sama pätee mielenterveyskuntoutukseen. Mielenterveyskuntoutuksessa keskeinen edellytys toivotun identiteetin tuottamisessa on sairauden ja sen vaikutusten hallinta. Jotta mielenterveyskuntoutujat pystyisivät toteuttamaan toivottua identiteettiä ja liittymään yhteiskuntaan, tulee heidän hallita sairauttaan. Sairauden hallinnassa on tärkeää tarkkailla ja seurata sairauden oireita ja vaikutuksia.

”--- mä seuraan niitä pysyväisoireita ja varomerkkejä. Varomerkit on että oli yhdentekevää miltä näytin tai mitä oli päälläni ja toinen varomerkki et on sillain liian kiihtynyt ja sitten kolmas varomerkki, en nauttinut mistään mitään. Pysyväisoireita masennus, ahdistus ja jännitys.” (1)

Esimerkissä sairauden hallitseminen näkyy jatkuvana oman olotilan ja omien tunteiden tarkkailuna ja analysointina. Kaikki muutokset omassa olotilassa voivat olla merkkejä sairauden pahenemisesta. Myöhemmin samassa haastattelussa haastattelija ja haastateltava keskustelevat siitä, onko haastateltavan kuntoutuskurssin viimeisenä päivänä tuntema ahdistus ja jännitys normaali tunnereaktio edessä olevaan muutokseen vai onko se kenties sairauteen liittyvä oire. Sairauttaan hallitakseen sairastuneen on siis jatkuvasti reflektoitava omaa oloaan ja pohdittava omien tunteidensa ja ajatustensa motiiveja. Jatkuvan oman olotilan tarkkailun ja analysoinnin lisäksi kuntoutujien täytyy kyseenalaistaa oma kykynsä loogiseen ja rationaaliseen ajatteluun, toimintaan ja päätöksentekoon.

”(- että se risasuus) lähtis päästä ja pystys loogisesti päätteleen asioita ja tekeen ratkasuja ja tämmösii automaattisii toimintoja, mitkä menee ihan tästä vaan. Ja ei tartte miettiä mitään.” (19)

Esimerkin kuntoutuja epäilee sairauden vieneen häneltä kykyä päätellä loogisesti ja tehdä ratkaisuja. Talia Weinerin (2011) mukaan tällainen jatkuva oman rationaliteetin epäily ja kyseenalaistaminen lopulta edelleen tuottaa mielenterveyskuntoutujille epärationalista subjektiviteettia. Kun kuntoutuja joutuu jatkuvasti kyseenalaistamaan oman kykynsä toimia rationaalisesti, hän lopulta sisäistää käsityksen itsestään perustavanlaatuisesti epärationalisena toimijana.

Kirsi Juhilan (2006) mukaan sosiaalityön vuorovaikutustilanteissa ja asiakaskohtaamisissa käytetään suostuttelevaa valtaa toivottujen identiteettien tuottamiseen. Työntekijät pyrkivät työstämään asiakkaan identiteettiä ja vaikuttamaan siihen, että asiakkaan identiteetti kehittyy toivottuun suuntaan. Foucault'n valtakäsityksen keskiössä on juuri tämä ajatus minuuteen vaikuttavasta tuottavasta vallasta. Erilaiset asiantuntijat pyrkivät asiantuntijatiedon avulla ohjaamaan asiakkaan identiteettiä toivottuun suuntaan, ja asiakkaat osallistuvat myös itse minuutensa muokkaamiseen. (Em., 235–238.) Mielenterveyskuntoutuksessa henkilökunnan rooli toivotun identiteetin tuottajana on sosiaalityötäkin suurempi, sillä mielenterveyskuntoutuksen keskiössä on jatkuva työskentely oman minän ja sen työstämisen kanssa.

V: "Mun mielestä ainaki hoitaja on antanu positiivista palautetta, että.

H: Minkä tyyppistä?

V: Just jotain lääkkeitä jako, niin se on ihan, että, mä oon keskit-, tänäänki anto, sano että hyvin meni ku, keskityin pelkästään siihen, enkä mihinkään muuhun." (11)

Keskittymiskyky on olennainen edellytys toivotun rationaalisen ja itsenäisen identiteetin toteuttamisessa. Palautteen avulla hoitaja pyrkii vahvistamaan ja tukemaan tämän ominaisuuden kehittymistä. Myös seuraavassa esimerkissä hoitaja pyrkii vahvistamaan toivottua identiteettiä.

"Niin ku me puhuttiin hoitajan kanssa että se pitäis saada se, kaikki ne tieto ja taito mitä täällä tulee ni pitäis käyttää hyväkseen sitte siel siviilis.. --- "(19)

Hoitaja on keskustellut kuntoutujan kanssa siitä, että kuntoutuskurssilla opitut sairauden hallintakeinot pitäisi pystyä siirtämään myös kuntoutuksen ulkopuolelle siviilielämään. Pelkkä asioiden oppiminen ja niiden soveltaminen kuntoutuskurssin ajan ei riitä: kuntoutujan tulee tuottaa toivottua identiteettiä myös kuntoutuksen jälkeen. Tässä näkyy pyrkimys tuottaa kuntoutujille itsehallintaa. Tavoitteena on, että kuntoutujat haluavat ja pystyvät itse tuottamaan toivottua identiteettiä itsehallinnan avulla ilman ulkopuolista tukea ja apua.

Pelkkä sairauden hallinta ei vielä riitä toivotun identiteetin toteuttamiseen. Sairauden hallinnan lisäksi kuntoutujien täytyy hallita arkea ja rutiineita eli heillä tulee olla riittävästi elämänhallintaa. Arjen- ja elämänhallinnan vahvistaminen onkin aineiston perusteella keskeinen osa mielenterveyskuntoutusta. Kysyttäessä, mikä kurssin toiminnasta on ollut haastateltavien mielestä heille itselleen tärkeintä ja mitä he toivovat kurssilta, haastateltavat tuovat esiin itsenäisen liikkumisen ja asioinnin merkityksen.

"Kyllä se, tärkeintä se että oppii liikkuu paljon muissa paikoissa ja.. Niinku käydään työkkärissä. Se olis hyvä sitte pankissa asioidaan ja käydään monessa paikassa." (22)

"Jos mä nyt, oppis omatoimisesti, kulkee vähän ulkonakin, sitähan täällä harjotellaan paljon, sitä sosiaalisia taitoja. Siihen vähän harjotusta, se olis vähän tavote. Tai uskaltais kulkee sieltä kotoo tänne bussilla tai näitä sisäreittejä." (20)

Itsenäisen liikkumisen ja omien asioiden hoidon voidaan sanoa olevan olennainen osa aikuisuuden odotuksia. Aikuisen ihmisen oletetaan kykenevän liikkumaan itsenäisesti ja hoitamaan asioitaan, ja mielenterveyskuntoutujien kyvyttömyys tähän rikkoo aikuisuuden odotuksia. Kuntoutuskurssin aikana kuntoutujat harjoittelevat esimerkiksi bussilla liikkumista yhdessä hoitajan kanssa. Kuntoutuksen tavoitteena on siis vahvistaa aikuisuuden odotuksien toteutumista, ja työntekijöiden rooli on toimia aikuisuuden vahvistajina. Sekä kuntoutujien itsensä että työntekijöiden mielestä myös yleinen arjen hallinta, kuten siivouksen ja ruuanlaiton ongelmaton sujuminen, ovat kuntoutumisen keskeisiä tavoitteita. Kuntoutuskurssilla jokainen kuntoutuja saa omalla vuorollaan keittiövuoron, jonka aikana hän on vastuussa ruuan valmistamisesta.

H: "Kuis usein sitä on tehty? Ooks sää laittanu? Kyl teil niit aika usein niit keittiövuoroja on.

V: Mä oon pari kertaa ollu mukana.

H: Ja se alkaa siitä et käydään ihan kaupassa ja..?

V: Joo." (9)

Haastateltava on aiemmin kertonut, että ajatus itsenäisestä kaupassa käynnistä ja ruuan valmistuksesta tuntuu hänestä vaikealta. Kurssin aikana kaupassakäyntiä ja ruuanlaittoa harjoitellaan yhdessä työntekijöiden kanssa. Kyse on jälleen aikuisuuden vahvistamisesta. Aikuisuuden odotuksiin liitetään kyky pitää itsenäisesti huolta arjen rutiineista sekä riittävästä siisteydestä. Mielenterveyskuntoutuksessa näitä arjen hoitamiseen liittyviä aikuisuuden edellytyksiä pyritään vahvistamaan.

4.3.2 Paradoksaalinen itsenäisyys

Eräs keskeinen aineistossa toistuva ilmiö oli työntekijöiden harjoittama kuntoutujien itsenäisyyden säätely. Kuntoutuksen yleisenä tavoitteena on tuottaa kuntoutujista itsenäisiä toimijoita, jotka pärjäävät omillaan eivätkä enää tarvitse yhteiskunnan tukea eivätkä kontrollia. Kuntoutuksen aikana itsenäisyys näyttäytyy kuitenkin ristiriitaisena. Kuntoutujan itsenäisyys on sekä hoidon tavoite että yhteiskuntaan liittymisen edellytys, joten kuntoutuksen aikana kuntoutujan itsenäisyyttä pyritään tukemaan. Kuitenkin aineistossa oli esimerkkejä, joissa kuntoutujia ei varauksetta kannustettu itsenäisyyteen.

H: "Mites sulla noi viikonloput, ooksä lomilla vai ooksä täällä yleensä?

V: Mä oon lomilla.

H: Eli se on sitten se et sä meet kotiin ja, et oo viikonloppuja koskaan täällä?

V: En. Pitäs kyllä kaikei, kokeilla joku viikonloppu vaan jäädä tänne. On siitä puhetta ollut.” (20)

Henkilökunnan kanssa on ollut puhetta siitä, että haastateltavan olisi hyvä viettää viikonloppuja joskus myös kuntoutuskurssin tiloissa. Henkilökunta siis säätelee kuntoutujan itsenäisyyttä, sillä toisinaan itsenäisyys saattaa olla myös hoitoa uhkaava tekijä. Liiallinen itsenäisyys voi nimittäin johtaa kuntoutujan vetäytymiseen pois kuntoutuksen vaikutuspiiristä. Henkilökunta säätelee kuntoutujien itsenäisyyttä myös suhteessa asumiseen.

H: ”Just sitä, et onks sua huomioitu sun asioissas täällä, ooks sä saanu olla mukana päättämässä tai suunnittelemassa asioita?

V: En mä niistä paljo saanu päättä, kun mä oisin omaan kotiin halunnu, (-) asuntolaan sitte.” (5)

Esimerkin haastateltava olisi halunnut siirtyä asumaan itsenäisesti kuntoutuskurssin päätyttyä. Henkilökunta ei ole kuitenkaan pitänyt tätä haastateltavan kannalta hyvänä vaihtoehtona, vaan he ovat kannattaneet asuntolassa asumista. Vaikka itsenäisyyden vahvistaminen ja itsenäisen identiteetin tuottaminen ovat hoidon tavoitteita, ei kuntoutujan osoittama toive itsenäistymiseen saa aina kannatusta henkilökunnalta. Voi olla, että henkilökunta kokee, että kuntoutuja ei ole vielä valmis itsenäiseen asumiseen eikä pysty kantamaan sen mukanaan tuomia haasteita ja vastuita. Seuraavassa esimerkissä haastateltava pohtii asumistaan kuntoutuskurssin jälkeen:

”Mulle puhuttiin siitä soluasumisesta että, mulle vois semmonen olla hyvä et jonkun, ehkä toinen joku vaikka mielenterveyskuntoutuja tai, joku että, kenen kanssa vois asua sitte samassa, vaikka kämpässä et ois tietysti omat huoneet ja, sillai mutta, tota et semmostahan siinä, puhuttiin ja, kyllähän se vois olla ihan, hyvä semmonenki vaihtoehto niin.” (24)

Myös yllä olevassa esimerkeissä on kyse kuntoutujien itsenäisyyden säätelystä. Esimerkin kuntoutuja vaikuttaa olevan itsenäisyyden suhteen välitilassa: hän ei ehkä ole vielä valmis täyteen itsenäisyyteen, mutta ei kuitenkaan enää tarvitse vahvasti tuettua asumistakaan. Tällaisessa tilanteessa ratkaisuna on kompromissi täyden itsenäisyyden ja vahvasti tuetun asumisen välillä. Jotkut kuntoutuskurssin kuntoutujista puolestaan ovat valmiita siirtymään täysin itsenäiseen asumiseen kurssilta lähtiessään.

H: ”Onks sitten, entäs onks työntekijät tuonu sulle jotakin semmosta mitä he on, minkälainen käsitys sulla on tai mitä te ootte puhunu et minkälaisia tavoitteita vois olla?

V: Niin ei niistä sillain muuta kun että omaan asuntoon. Henkilökunta on kokenu sillain turvallisena.” (1)

Haastateltava on siirtymässä kurssin jälkeen asumaan omaan asuntoon, mikä on ollut myös henkilökunnan mielestä kannatettava ajatus. Myös tässä näkyy haastateltavan itsenäisyyden säätely: henkilökunta on se taho, joka antaa lopullisen suostumuksen itsenäistymiseen. Henkilökunnan tarve

säädellä haastateltavan itsenäisyyttä on kuitenkin päättymässä, sillä haastateltava on saavuttanut sellaisen kuntoutumisen asteen, että hän on valmis ottamaan itsenäisesti vastuun asumisestaan. Kun kuntoutujan itsenäisyyden aste kasvaa, hän alkaa irtautua kuntoutuksen aikana harjoitettavasta tuesta ja kontrollista. Itsenäinen asuminen näyttäytyy aineistossa samaan aikaan sekä yhtenä kuntoutuksen tavoitteena että riittävästä kuntoutumisesta tarjottavana palkintona.

Itsenäisyys näyttäytyy aineistossa paradoksaalisena; itsenäisyys on yksi hoidon tärkeimmistä tavoitteista, mutta silti siihen ei aina varauksetta kannusteta. Kuntoutujan toiveita itsenäisestä asumisesta saatetaan jopa hillitä ja kuntoutuja saatetaan pyrkiä pitämään tuetun asumisen piirissä. Aineistossa työntekijät säätelevät kuntoutujan itsenäisyyden astetta. Liiallinen riippuvuus yhteiskunnan hoito- ja kuntoutuspalveluista ei ole toivottua, mutta liiallinen itsenäisyys taas saattaa johtaa kuntoutujan liukumiseen tuen ja kontrollin vaikutuspiirin ulkopuolelle. Asuminen näyttäytyy erityisen tärkeänä itsenäisyyden säätelyn kenttänä. Työntekijät arvioivat, kuka tarvitsee vielä vahvasti tuettua asumista, kuka kevyemmin tuettua ja kuka on valmis itsenäiseen asumiseen.

Itsenäisyyden paradoksi selittyy työntekijöiden arvioilla asiakkaan edusta. Asiantuntijuutensa perusteella työntekijät tekevät arvioita siitä, mikä kullekin asiakkaalle on parasta. Jos asiakkaan koetaan olevan vielä kykenemätön itsenäisyyteen, hänet saatetaan haluta pitää vahvemman tuen piirissä siihen asti, että vointi paranee ja itsenäisen asumisen edellytykset täyttyvät. Pelkkä kuntoutujan itsensä osoittama halu itsenäisyyteen ei vielä tarkoita sitä, että hän välttämättä olisi siihen kykenevä. Kirsi Günther ym. (2013) käyttävät rajatyön käsitettä tilanteesta, jossa kuntoutujan hoito kuntoutuskurssilla on päättymässä ja hänelle tulisi löytää hänen etuaan ja tarpeitaan parhaiten vastaavaa jatkohoitoa. Heidän mukaansa rajatyö ei ole aina asiakaslähtöistä, jos asiakaslähtöisyys määritellään tiukasti asiakkaan oman asiantuntijuuden ja mielipiteiden pitämisenä jatkohoidon suunnittelun kannalta ensisijaisina. Jatkosuunnitelmia tehtäessä työntekijät pyrkivät kuitenkin löytämään asiakkaan kanssa neuvotellen hänelle parhaan vaihtoehdon asiakkaasta ja hänen tarpeistaan kerätyn tiedon perusteella. Toisinaan työntekijät kuitenkin asettavat oman asiantuntijuutensa asiakkaan asiantuntijuuden edelle. (Em., 90–96.)

4.3.3 Ristiriitainen aktiivisuus

Yhtenä mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on lisätä kuntoutujan aktiivisuutta, ja mielenterveyskuntoutuksen käytännön työssä kuntoutujia pyritään aktivoimaan ja heille pyritään

tuottamaan aktiivista identiteettiä. Kaikki kuntoutujan aktiivisuus ei kuitenkaan saa automaattisesti tukea hoitohenkilökunnalta. Aktiivisuuteen pätee sama säätelyn logiikka kuin itsenäisyyteen. Vaikka kuntoutujan aktiivisuus on yksi hoidon tavoite ja kuntoutujien aktivointi yksi hoidon muoto, saattaa aktiivisuus joskus olla hoidon kannalta myös ei-toivottua. Passiivisuuden lisäksi myös liiallinen tai vääränlainen aktiivisuus saattaa näyttäytyä kuntoutuksen kannalta hankalana.

Seuraavan esimerkin haastateltava puhuu kuntoutuskodista, jossa hän on aiemmin asunut. Haastateltavan mukaan ohjelma kuntoutuskodissa on ”löysää”, lähinnä kahvittelua ja ajan kuluttamista. Haastateltavan mielestä syynä on se, että kuntoutuskodissa olemisen tavoitteena ei ole niinkään kuntouttaa asiakkaita vaan vähentää heidän terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöään.

”Se on silleen et ei siellä, siis, tavallaan sen idea on vaan se, että pidetään ihmiset poissa sairaaloista ja terveydenhuollon jaloista. Just meidän tyyppiset kaksoisdiagnoosilla olevat ihmiset käyttää paljon terveydenhuollon palveluja. Ja tän tarkoituksena on pienentää sitä, ei tarte mennä sairaalaan, ja mitä se nyt sitte pitääki sisällään.” (19)

Esimerkissä asiakkaiden aktiivisuutta säädellään passivoimalla heidät. Kuntoutuskodin ei ole välttämättä tarkoituskaan erityisesti aktivoida asukkaitaan, vaan pitää heidät poissa muiden palveluiden piiristä, jotta niukkoja resursseja säästyy muille asiakkaille. Tässä kontekstissa asiakkaan aktiivisuus saattaa näyttäytyä jopa negatiivisena asiana. Alla olevan katkelman haastateltava on ennen kuntoutuskurssille tuloaan osallistunut aktiivisesti erilaisiin ryhmiin. Hän on osallistunut esimerkiksi taitoryhmään ja addiktioiden ja masennuksen ryhmään.

*H: ”Et sä aattelet et vois osallistua myös niihin normaaleihin missä sä oot käyny ennen tätä, et sä voisit niissä käydä myös täältä käsin.
V: No niin, jotain semmosta pientä.” (19)*

Katkelma on esimerkki siitä, miten henkilökunta säätelee kuntoutujien aktiivisuutta. Haastateltavan aktiivisuus ei ole saanut kannustusta henkilökunnalta vaan kuntoutujan on täytynyt rajoittaa aktiivisuuttaan kuntoutuskurssin aikana. Aktiivisuuden säätelyn taustalla saattaa olla ajatus siitä, että liiallinen ulkopuolelle suuntautuva aktiivisuus vie voimavaroja ja keskittymistä pois kuntoutuskurssin toiminnasta. Kuntoutujien aktiivisuuden säätely ei koske vain kurssin aikaista toimintaa, vaan henkilökunta säätelee kuntoutujien aktiivisuutta vaikuttamalla heidän jatkohoitoonsa ja kurssin jälkeiseen toimintaansa.

”Niin, no ehkä, niin no kyllähän sitä vois jotain semmosta ja sitte on se resurssipaja se, työkokeilu, semmonen mitä on tätä kautta kans suositeltu mulle.” (24)

”Jotain, koulua he on nyt suunnitellu mulle, tähän. Mitäköhän se nyt oli.” (20)

Työntekijät ovat suositelleet haastateltaville työkokeilua ja opiskelua. Jokaiselle kurssilaiselle pyritään löytämään kurssin jälkeen tekemistä ja toimintaa, joka edistää hänen kuntoutumistaan ja lopulta paluutaan opiskelu- tai työelämään. Monissa tapauksissa työntekijät ovat aktiivisempi osapuoli tulevaisuuden suunnitelmien määrittämisessä. Lisäksi työntekijöillä on ammattinsa ja koulutuksensa puolesta valta arvioida, millainen kuntoutus on tulevaisuudessa kuntoutujalle parasta. Seuraavan esimerkin haastateltava on toivonut pääsevänsä työkokeiluun kuntoutuskurssin päätyttyä, mutta henkilökunta ei ole tukenut hänen tavoitettaan.

”Et täällä on kauhee määrä henkilöitä ja sitten, sitten ne vetoo siihen että mä en pystys muka sitoutuu, jos mä menisin työkokeiluun. Niin se on ihan eri asia jos mä käyn työkokeilussa kun oon täällä, kun mua ei kauheesti kiinnosta olla täällä. Et jotenkin tuntuu, onks tää joku isojen lasten lastentarha että, se mihin mä tarvin, lähin tavallaan tukee saamaan niin mä en ehkä saanukaan sitä.” (14)

Henkilökunta on pyrkinyt rajoittamaan haastateltavan aktiivisuutta työkokeiluun pyrkimisen suhteen, koska heidän mukaansa haastateltava ei pystyisi sitoutumaan työkokeiluun, sillä hän ei ole noudattanut kuntoutuskurssin aikatauluja riittävällä tarkkuudella. Haastateltava on pettynyt kuntoutuskurssin toimintaan; hän on lähtenyt hakemaan tukea aktiiviseen, työelämää kohti johtavaan kuntoutumiseen, mutta ei ole saanut kaipaamaansa tukea. Välillä hän kokee, että hänet on passivoitu lähes lapsen asemaan sen sijaan, että hänen aktiivisuuttaan ja aikuisuuttaan tuettaisiin. Haastateltava on myös esittänyt haastattelun aikana useaan otteeseen toiveensa tiiviimpään ja vaativampaan kuntoutukseen, sillä hän ei koe nykyisen kuntoutuksen edistävän hänen kuntoutumistaan riittävästi. Kuntoutumistavoitteita määriteltäessä ja kuntoutussuunnitelmia tehtäessä saattaa käydä niin, että kuntoutujan omia toiveita pidetään epärealistisina, minkä vuoksi hänelle tarjotaan muita, parempina pidettyjä vaihtoehtoja. Kuntoutujasta tämä saattaa kuitenkin tuntua oman tahdon ja päätösvallan mitätöintinä ja pakottamisena stereotyyppiseen mielenterveyspotilaan muottiin. (Rissanen 2015.)

Kuntoutujien aktiivisuutta säädellään rajoittamalla sitä, mutta toisaalta kuntoutujien aktiivisuutta säädellään myös toiseen suuntaan, sillä liian passiivisia kuntoutujia pyritään aktivoimaan.

”Siis tääl on erilasia nää ryhmät ja tää on, paljon rennompaa meno. Kurssilaiset ja ohjaajat on rentoja ettei, tääl oo sellanen tiukkapimeininki. Et jos ei heti tee jotain niin ei tuu heti huutoa et vies nyt jotain ja tee tää ja tää.” (23)

Haastateltavan mukaan päivätoimintakeskus, jossa hän on aikaisemmin käynyt, on vaatimuksiltaan tiukempi kuin meneillään oleva kuntoutuskurssi. Päivätoimintakeskuksessa kuntoutujilta vaaditaan aktiivisuutta, ja mikäli he eivät sitä itsenäisesti riittävästi osoita seuraa ”huutoa”.

Aktiivisuuden säätelyn taustalla on sama ajatus kuin itsenäisyyden säätelyssä. Ammatillisen asiantuntijuutensa perusteella työntekijät määrittävät, mikä on kuntoutujalle sopivaa aktiivisuutta. Toisaalta kuntoutujia tulee aktivoida, sillä yksi hoidon tavoitteista on tuottaa kuntoutujille aktiivista identiteettiä. Kuntoutujien aktiivisuutta tulee kuitenkin säädellä, sillä liiallinen aktiivisuus saattaa kuluttaa liikaa rajallisia voimavaroja ja viedä kuntoutujaa meneillään olevan kuntoutuksen vaikutuspiirin ulkopuolelle. Mikäli työntekijät kokevat, että kuntoutuja ei ole vielä valmis ja kykenevä aktiivisuutta vaativaan toimintaan, eivät he tällaista välttämättä kuntoutujalle suosittele, vaikka tämä itse siihen halukkuutta osoittaisi. Jälleen asiakkaan ja työntekijän asiantuntijuuksien joutuessa vastakkain, on työntekijän asiantuntijuudella suurempi painoarvo, eikä asiakaslähtöisyys tulevaisuutta koskevissa valintatilanteissa välttämättä aina toteudu (Günther ym. 2013, 105–124).

4.4 Ruumiin kuria ja mielen hallintaa

Aiemmin tässä luvussa on osoitettu, että mielenterveyskuntoutujat kohtaavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä monenlaista vallankäyttöä. Vallankäyttö voi esiintyä selkeästi havaittavina fyysisinä pakkokeinoina tahdosta riippumattoman hoitojakson aikana. Kuitenkin myös vapaaehtoisuuteen perustuva hoito ja kuntoutus sisältävät monimuotoista kuntoutujaan kohdistuvaa vallankäyttöä esimerkiksi hoitoon pääsyn, hoidon sisällön ja toimintatapojen osalta. Abstraktilla tasolla vallankäyttö näkyy pyrkimyksinä tuottaa kuntoutujille toivottua identiteettiä muokkaamalla hänen subjektiviteettiaan. Kuntoutujien kohtaaman vallankäytön voi jakaa fyysiseen ja henkiseen vallankäyttöön, mutta jako on parhaimmillaankin keinotekoinen, koska fyysinen vallankäyttö on myös henkistä vallankäyttöä. Mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvan biovallan monimuotoisuus ja ruumiillisen ja henkisen vallankäytön yhteen kietoutuneisuus esitetään kuviomuodossa liitteet-osiossa.

Voidaan sanoa, että kaikki ihmiseen kohdistuva vallankäyttö on pohjimmiltaan biovaltaa eli pyrkimystä hallita ja kontrolloida ihmisruumiiseen ja -mieleen liittyviä kykyjä ja voimia. Ihmistä on mahdotonta erottaa ruumiistaan ja ruumiillisuudestaan, joten siksi myöskään ruumiillista ja

henkistä vallankäyttöä ei voi erottaa toisistaan.¹⁰ Michel Foucault'n mukaan ihmisen ruumiiseen kohdistuva vallankäyttö on, ja sen on pyrkimyskin olla, samaan aikaan myös henkisiin ominaisuuksiin ja minuuteen kohdistuvaa vallankäyttöä. Mittaamalla, arvioimalla, säätelemällä ja kurittamalla ruumista vaikutetaan samalla myös ihmisen identiteettiin ja minuuteen. Esimerkiksi vankilassa tapahtuvan ruumiiseen kohdistuvan kurivallan avulla pyritään tuottamaan vangeista kuuliaisia ja sääntöjä noudattavia mallivankeja. (Foucault 2005.) Kurivalta ei ole täysin kadonnut myöskään nykyisistä terapeuttisista yhteisöhoidoista, vaan perinteisiä kurivallan merkkejä on löydettävissä niistäkin (Selin 2010, 218.)

Mielenterveyskuntoutuksessa ruumiillinen ja henkinen vallankäyttö kietoutuvat erottumattomasti yhteen. Kuntoutuksen aikana kuntoutujien ruumiiseen kohdistetaan toimia, vaatimuksia ja toimenpiteitä. Vallankäytön ei ole kuitenkaan tarkoitus rajoittaa pelkkään ruumiiseen, vaan ruumiiseen kohdistuvan vallankäytön avulla pyritään samalla vaikuttamaan kuntoutujan minuuteen. Ruumiiseen kohdistuvien toimien avulla kuntoutujille opetetaan yhteiskunnan normeja esimerkiksi ajankäytön, siisteyden ja elämänhallinnan suhteen. Tarkoituksena on, että kuntoutujat sisäistävät nämä asiat osaksi itsehallintaansa ja alkavat itsenäisesti tuottaa toivottua identiteettiä.

Aineistossani on useita esimerkkejä kuntoutujien ruumiillisuuteen kohdistuvasta vallankäytöstä. Ruumiillista vallankäyttöä esiintyy laitoshoidossa erityisesti jos hoito on tahdosta riippumatonta. Aineistossani ajankäyttöä opetetaan totuttamalla ruumis tiettyyn rytmiin: kuntoutujat herätetään tiettyyn kellonaikaan ja heidän odotetaan noudattavan aikatauluja ja olevan ajoissa esimerkiksi ryhmissä. Kuntoutujien on osallistuttava siivoukseen ja heille saatetaan antaa yksityiskohtaisia ohjeita siitä, miten siivoamisen aikana kuuluu toimia. Ruumiiseen kohdistuvan vallankäytön avulla on tarkoitus vaikuttaa myös kuntoutujien minuuteen ja tuottaa heille toivottu identiteettiä.

Michel Foucault'n valtakäsityksen keskeinen piirre eli vallankäytön tuottava luonne on vahvasti läsnä aineistossani. Foucault'n mukaan valta on tuottavaa, sillä vallankäytön avulla tuotetaan toivottua toimintaa ja identiteettejä. Vallankäytön tarkoituksena ei ole alistaa yksilöitä pakkovallan alle, vaan vaikuttaa pehmeämmin keinoin yksilön minuuteen ja tuottaa siten toivottuja

¹⁰ Naistutkimuksessa on väitetty, että jako fyysiseen ja henkiseen väkivaltaan on ongelmallinen, sillä ei ole mahdollista harjoittaa fyysisestä väkivaltaa harjoittamatta samalla myös henkistä (Esim. Husso 2003, 41).

lopputuloksia. Tähän pyritään tuottamalla heille toivottua identiteettiä ruumiiseen kohdistuvien keinojen avulla.

Mielenterveyskuntoutujien hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaama vallankäyttö vaihtelee fyysisistä pakkokeinoista hienovaraiseen minuuden muokkaamiseen. Keskeistä on vallankäytön tuottava luonne; hoidon ja kuntoutuksen aikana syrjäytyneistä mielenterveyspotilaista pyritään tuottamaan aktiivisia ja itsenäisiä yhteiskunnan jäseniä. Vallankäyttö on siis luonteeltaan pikemminkin tuottavaa kuin alistavaa. Mielenterveyskuntoutajat eivät myöskään itse aina miellä kokemaansa vallankäyttöä alistamisena, vaan kuntoutujilla on erilaisia tapoja käsitteellistää kohtaamaansa vallankäyttöä. Seuraavassa luvussa käsitellään mielenterveyskuntoutujien suhtautumista hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaamaansa vallankäyttöön.

5. Tukea, pakkoa vai normaalia elämää?

Tutkimuskysymykseen **Miten mielenterveyskuntoutajat suhtautuvat kohtaamaansa biovaltaan?** olen vastannut kriittisen diskurssianalyysin avulla. Analyysin tukena olen käyttänyt Norman Fairclough'n (1997) kehittämää viestintätilanteen kriittisen diskurssianalyysin viitekehystä. Olen analysoinut litteroitua haastattelutekstiä tekstin tasolla ja sosiokulttuurisella tasolla. Tekstitason analyysissä olen kiinnittänyt huomiota haastateltavien tekemiin sanavalintoihin ja siihen, millaisin sanavalinnoin ja käsittein kuntoutujien ja henkilökunnan välisiä suhteita kuvataan. Analyysissäni olen tarkastellut esimerkiksi sitä, kenelle tekstissä rakentuu aktiivinen ja kenelle passiivinen rooli. Sosiokulttuurisen analyysin tasolla liitän yksittäiset kuvaukset osaksi laajempaa kontekstia eli mielenterveyshoidon käsitteitä ja suuntauksia. Lisäksi tarkastelen tekstejä peilaten niitä Foucault'laiseen valtakäsitykseen.

Analyysini tarkoituksena on selvittää, millaisia diskursseja mielenterveyskuntoutajat tuottavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaamastaan vallankäytöstä. Löysin aineistosta kolme päädiskurssia: 1) Vallankäyttö tukena ja turvana 2) Vallankäyttö kontrollina ja painostamisena ja 3) Vallankäyttö välttämättömänä osana elämää. Diskurssit eivät ole selkeärajaisia, vaan samassa haastattelussa saattoi olla piirteitä useammasta diskurssista. Diskurssit siis limittyvät toisiinsa. Lähes kaikissa haastatteluissa jokin diskurssi oli kuitenkin vallitseva. Diskurssien välillä oli eroja siinä, millaista toimijuutta kuntoutujille diskursseissa rakennetaan ja millaisiksi henkilökunnan ja

kuntoutujan väliset suhteet muodostuvat. Tarkastelen kutakin diskurssia erityisesti näiden aspektien kautta.

5.1 Valta tukena ja turvana

Tuen ja turvan diskurssissa kohdattava vallankäyttö sai positiivisia merkityksiä. Tässä diskurssissa vallankäyttö nähtiin ensisijaisesti oikeutetuksi ja välttämättömäksi, asiakkaan parhaaseen tähtääväksi auttamiseksi. Vallankäyttö käsitettiin elämän kriisitilanteessa tarjottavana tukena, jonka tarkoituksena on auttaa asiakasta selviytymään elämän ongelmakohdissa ja tukea hänen paranemisprosessiaan. Tässä diskurssissa asiakas on aktiivinen toimija, joka tekee itse päätöksiä ja ohjaa kuntoutumistaan. Henkilökunnan rooli on olla asiakkaan liittolainen, joka yhdessä asiakkaan kanssa neuvotellen etsii asiakkaan kannalta parhaita ratkaisuja.

5. 1.1 Hoito tukena ja apuna elämän ongelmakohdissa

Tässä diskurssissa haastateltavat käsitteellistävät kohtaamansa vallankäytön tukemisena. Vallankäyttö ei näyttäydy haastateltaville alistavana vaan se koetaan positiivisena. Seuraavassa esimerkissä haastatteli ja haastateltava keskustelevalle haastateltavan hoitojaksosta psykiatrisessa sairaalassa.

H: ”Mitä sä niistä oot tykänny, sairaalajaksolla ollessa?

V: Mä en paljo muista niistä koska mä olin niin sekasin silloin.

H: Mut, koeksä et sairaalat on yleensä tarpeellisii silloin?

V: Kyllä mun tapauksessa ne oli. Mä oisin ollu, tosi vaarassa ittelleni jos mä en ois ollu.

Sillain sairaalassa.” (23)

Haastateltavan mukaan psykiatrinen sairaalahoito oli hänen kohdallaan tarpeellista, sillä muuten hän olisi saattanut olla vaaraksi itselleen. Sairaalahoidon tarkoituksena on siis haastateltavan mukaan suojella potilaita tarvittaessa myös heiltä itseltään. Sairaalahoito näyttäytyy apuna, jonka avulla potilaita estetään tekemästä mahdollisesti vakavaa ja peruuttamatonta haittaa itselleen. Hoidon kautta tapahtuva vallankäyttö on oikeutettua, sillä sen tarkoituksena on estää suuremman vahingon tapahtumista. Myös seuraavassa esimerkissä henkilökunnan rooli on tukemisen lisäksi suojata haastateltavaa häneltä itseltään.

” Siinä saa varmaan sitä tukea ja ne tietää sitten parhaiten mitä on tapahtunut niin onko mulla ny masennusta ja mimmonen olo ja... Ne voi antaa sille tukea niin sitten jos ei vaikka joku usko niin siitä saa varmistusta. Ja ne tietää kyllä parhaiten jos mä kerron siin valheita tai sanon jotakin sellasta mitä ei oo kauheen totta.” (7)

Haastateltavan mukaan henkilökunta tietää parhaiten, mitä hänelle on tapahtunut ja millainen olo hänellä on. Henkilökunnan mielipiteellä on haastateltavan mukaan myös painoarvoa: henkilökunta voi vahvistaa hänen kertomansa asiat, mikäli niitä ei meinata uskoa. Henkilökunta myös tietää, mikä haastateltavan sanomisista on totta ja milloin hän mahdollisesti valehtelee omasta tilanteestaan. Henkilökunta siis suojelee haastateltavan etua tilanteessa, jossa tämä saattaisi valehtelemalle aiheuttaa itselleen haittaa.

Tuen ja turvan diskurssissa haastateltavat käsitteellistivät hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaamansa vallankäytön yksilöllisenä ja henkilökohtaisena *henkisenä tukena* ja *rohkaisuna*. Henkilökunnan rooli on tukea ja rohkaista kuntoutujaa eteenpäin kohti itsenäistä ja oma-aloitteista elämää. Jälleen vallankäyttö käsitteellistetään positiivisesti.

”Kyl täällä musta aika yksilöllisesti otetaan ne huomioon että noita omahoitajakeskusteluja ja siel käydään läpi noita tulevaisuuden vaihtoehtoja ja sen hetken tilannetta ja muuta että tuntuu et huomiodaan silleen yksilöllisestikin ettei jätetä ilman semmosta henkistä tukea.” (8)

”Rohkasua siihen oma-alotteiseen elämään ja semmoseen. Täs on tullu kuitenkin semmosta aktiivisuutta tullu, ku on saanu kehuja, niin se innostaa sillai jotenki.” (11)

Viime vuosina mielenterveyspalvelujen yhteydessä on painotettu asiakaslähtöisyyden tärkeyttä. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että hoitojärjestelmän eri tahot toimivat yhteistyössä siten, että hoito- ja palvelujärjestelmän toiminta on asiakkaan kannalta katsottuna mahdollisimman saumatonta. Asiakaslähtöisyydessä painotetaan asiakkaan aktiivista roolia, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista ja asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa ja ottaa osaa omasta hoidostaan tehtäviin päätöksiin ja saada oma äänensä kuuluviin. (Günther ym. 2013, 55.) Tuen ja turvan diskurssissa asiakaslähtöisyys vaikuttaa toteutuvan hyvin. Asiakkaat vaikuttavat myös luottavan henkilökuntaan, eikä merkittäviä konflikteja kuntoutujien ja henkilökunnan välillä ilmene.

5. 1.2 Yhteisön tarjoama tuki

Tuen ja turvan diskurssissa haastateltavat tuovat vahvasti esiin yhteisöllisyyden merkityksen. Kuntoutujien ja henkilökunnan muodostamaa yhteisöä pidetään tärkeänä, ja sen merkitys kuntoutumisen edistäjänä koetaan merkittäväksi. Kysyttäessä, mikä kuntoutuskurssilla on ollut haastateltaville itselleen tärkeintä, saatiin seuraavia vastauksia.

”Se on että joo että on mahdollista olla sitä yhdessäoloo muiden ihmisten kanssa eikä tarvi olla aina huolissaan. Siihen on mahdollisuus.” (7)

”Nää ihmiset täällä. Et se on tää yhteisö et tää on semmonen valmis yhteisö että on se porukka mihin kuuluu eikä sun tarvi just lähtee itte yrittään hakee kavereista tai muualta vaan se on itsestäänselvyys että täs on nyt nää ihmiset.” (8)

Kuntoutujat arvostavat sitä, että kuntoutuskurssin yhteisö on valmiiksi muodostettu, eikä heidän tarvitse nähdä vaivaa hankkiakseen elämänsä yhteisöllisyyttä ja sosiaalisia kontakteja. Kuntoutus tarjoaa valmiin yhteisön, jonka osana toimiminen on kuntoutumista edistävä tekijä. Yhteisöllisen toiminnan ei tarvitse olla varsinaista terapiaa tai ohjattua toimintaa, vaan myös vapaamuotoista yhdessäoloa pidettiin merkityksellisenä.

”Kyl se se tietynlainen rento tekeminen yhdessä, ni se on parasta. Joku keilaaminen ja sulkapallo, ruoanlaitto. Tai tavallaan ku kaikki osallistuu siihen jotenkin.” (19)

Kari Murto (1997) on tehnyt yhteenvetoa yhteisöhoidoista. Terapeuttisissa yhteisöissä koko yhteisö, niin henkilöstö kuin potilaatkin, ovat mukana hoidossa ja hallinnossa. Käytännön toimivuus ja ulkopuolisten asettamat reunaehdot määrittävät usein sen, kuinka pitkälle tämä periaate viedään. Yhteisöllisessä hoidossa yhteisöllä on kuitenkin hoidon ja kuntoutumisen kannalta suuri merkitys, ja yhteisöhoidossa yhteisöä käytetään tietoisesti hoidon välineenä esimerkiksi erilaisten ryhmäterapioiden ja -toimintojen kautta. (Em., 17–18, 239–251.) Vaikka aineistoni kuntoutuskurssi ei ole tarkkaan määriteltynä varsinaisesti yhteisöhoitoa, sillä sen aikana ei noudatettu kaikkia yhteisöhoidon yleisiä käytäntöjä, on yhteisöllä kuitenkin suuri merkitys kuntoutuskurssin toiminnassa. Kurssin aikana järjestetään ohjattua ryhmätoimintaa ja lisäksi kurssilaiset viettävät runsaasti aikaa keskenään, koska he asuvat kurssin tiloissa ja ovat siten osa kurssin yhteisöä.

Tuen ja turvan diskurssissa yhteisöllisyyden koettiin edistävän kuntoutumista. Haastatteluissa tuli esimerkiksi ilmi, että julkisilla paikoilla liikkumiseen liittyvä ahdistus lieveni, kun mukana oli muita kurssilaisia. Täten yhteisö ja yhteisössä toimiminen ei ole pelkästään kurssin käytännön järjestelyiden kautta muotoutunut välttämättömyys, vaan itsessään myös yksi kuntoutuksen muoto. Yhteisöllinen hoito tarjoaa usein myös mahdollisuuden saada vertaistukea. Julie Repper ja Tim Carter (2011) ovat tehneet katsauksen tutkimuksista, joissa on tutkittu ammattimaista vertaistukea. Tutkimuksessaan he havaitsivat, että vertaistuellalla on usein positiivisia vaikutuksia kuntoutumiseen, sillä se lisää voimaantumisen, osallisuuden ja toimijuuden kokemuksia ja parantaa itsetuntoa ja sosiaalisia verkostoja.

5.1.3 Kuntoutuja aktiivisena toimijana ja päättäjänä

Tuen ja turvan diskurssissa kuntoutuja on aktiivinen toimija, joka tekee valintoja, vaikuttaa päätöksiin ja hyödyntää kuntoutuksen tarjoamaa tukea ja apua pyrkiessään aktiivisesti kohti parempaa tulevaisuutta. Kuntoutujien aktiivinen toimijuus näyttäytyy heidän pyrkimyksessään olla aktiivisia oman hoitonsa suhteen ja vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin.

”Sitte, mähän melkeen itte ehdottelin niitä lääkkeitä ku tuli uusia markkinoille, voidaaks me kokeilla tätä tai tätä. No se kyllä onnistu.” (19)

”Jos mä oikeen muistan niin se ehdotti mulle että tämmönen on olemassa. Mä soittelin sille tietyn välein, ja mä en päässy sille viime vuoden kurssille, mut tän vuoden kurssille pääsin sitte. Ja mä soittelin sit tietyn välein ja kysyin, no mikäs on tilanne ja..” (19)

Esimerkeissä haastateltava on pyrkinyt vaikuttamaan omaan hoitoonsa ehdottamalla muutoksia lääkitykseen ja olemalla aktiivisesti yhteydessä hoitoon pääsystä päättävään tahoon. Tämän diskurssin puitteissa kuntoutujille rakentuu aktiivisen toimijan rooli, sillä kuntoutujat pyrkivät vaikuttamaan hoitonsa sisältöön ja viemään hoitoa haluamaansa suuntaan. Voidaan ajatella, että kuntoutujat pyrkivät muokkaamaan kuntoutuspolustaan omanlaisensa. Kirsi Güntherin ym. (2013, 64–65) tavoin käsitan kuntoutuspolun laajana terminä, joka kuvaa asiakkaan reittiä hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä. Kuntoutuspolku alkaa sairastumisesta ja ensimmäisestä hoitokontaktista ja ihanteellisesti se päättyy lopulta vähentyneeseen riippuvuuteen hoidosta ja itsenäisyyteen. Osittain rinnasteisella hoitopolun käsitteellä voidaan tarkoittaa myös terveydenhuollon ammattilaisten työssään käyttämää hoidon suunnittelun ja raportoinnin apuvälinettä (Allen 2009, 354–355). Tuen ja turvan diskurssissa kuntoutujat pyrkivät löytämään juuri itselleen parhaiten sopivan kuntoutuspolun pirstalaisen ja asiantuntijavaltaisen hoitojärjestelmän puitteissa.

Tuen ja turvan diskurssissa kuntoutujien aktiivinen toimijuus näkyy myös paremman tulevaisuuden tavoitteluna. Aktiivisella toimimisellaan kuntoutusjärjestelmässä kuntoutuja pyrkii saavuttamaan tulevaisuuden, jota sairaus ei enää merkittävästi haittaa. Tässä diskurssissa kuntoutuja on itse oman tulevaisuutensa muokkaaja, sillä tulevaisuuden suunnitelmien tekeminen ja niistä kiinni pitäminen on kuntoutujan itsensä käsissä.

”Mä yritän pitää kiinni näistä tukiverkostoista ja, kuntoutua mahdollisimman pitkälle että mä pystysin ehkä vielä nauttimaan työnteosta joku päivä. Pääsisin palautumaan yhteiskunnan tavallisiin, palasiin, soluihin, että tekis töitä ja, olis osana yhteiskuntaa.” (9)

”Ja mä oon yrittäny sitten tehdä siellä kurssilla semmosta tulevaisuudensuunnitelmaa jos siihen tulee tilaisuus ja nyt mä sain sen, tommonen hakemus omaan asuntoon ja sitten

mä alotan noi kaikki ryhmät kun mä meen takasin ja haen sitten yhteen koulutukseen.”
(7)

Seuraavan katkelman haastateltavalta on kysytty, kokeeko hän, että hän on itse saanut vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun ja hoitoon liittyviin päätöksiin.

”Se on että mä oon aino mikä vaikuttaa kun mä päätän minne mä meen ja mikä kiinnostaa mua. Eikä, tääkin mulla oli ihan sata prosenttia vaikutus tuunko mä tänne vai ei. Ei siinä oo mitään painostusta muuta kun piti tulla tutustumaan. Mä päätin että mä tuun tänne ja sit mä tulin.” (7)

Haastateltavan mukaan päättävältä kuntoutukseen liittyvissä asioissa on täysin hänellä itsellään. Kuntoutuja eivät siis ole passiivisia toimenpiteiden ja vallankäytön kohteita, vaan aktiivisia toimijoita, jotka itse käyttävät valtaa tekemällä kuntoutukseen liittyviä päätöksiä ja valintoja. Haastateltavan mielipidettä voi peilata Foucault’n valtakäsitykseen. Foucault’n mukaan edes näennäisesti alistetussa asemassa olevat eivät ole pelkästään passiivisia vallankäytön kohteita, vaan kaikki toimijat ovat jossain määrin myös vallankäyttäjiä (Foucault 2005; 2006). Valta on siten suhteellista ja näkökulmariippuvaista; myös näennäisesti vallankäytön kohteena oleva voi olla vallankäyttäjä.

Toisinaan tässä diskurssissa kuntoutuja näyttäytyy potilaan tai asiakkaan sijaan pikemminkin kuluttajana, joka tekee valintoja tarjolla olevien palvelujen välillä omien mieltymystensä mukaan. Aineistossa haastateltavat ovat valinneet osallistua kuntoutuskurssille esimerkiksi siksi, että siellä on mahdollista saada oma huone, se on tutussa ympäristössä ja koska sinne saa tuoda tietokoneen.

”Niin ja mä sitten tulin tänne tutustuu ja kun täällä oli se oma huone ja sai tuoda tietokoneen niin se, sen takia tulin tänne.” (7)

”Mä tarviin sen oman tilan niin mä en oikein tuu toimeen, toisen ihmisen kanssa, samassa huoneessa. (---) Mä, sanoin että se on edellytys että mä tuun tänne et mä saan oman huoneen.” (23)

Esimerkkien haastateltavat ovat tehneet itse valinnan siitä, että osallistuvat kuntoutuskurssille, koska se täyttää ne vaatimukset, jotka he ovat asettaneet. Terveyspalvelumarkkinoilla on tapahtunut laajempi muutos potilaan roolissa. Terveyspalvelut ovat 1990-luvulta lähtien muuttuneet markkinaehtoisimmiksi ja terveyspalvelut ovat tuotteistuneet myös Suomessa (Leiman 2007). Terveyspalvelut ovat muuttuneet, ja niiden järjestämiseen on otettu mallia yksityissektorilta. Samalla myös terveyspalveluiden käyttäjien rooli on muuttunut. Markkinaehtoisilla

terveyspalvelumarkkinoilla potilaasta tulee kuluttaja, jonka vastuulla on olla oman terveytensä yksityisyrittäjä. Markkinoistuneilla ja yksityistyneillä terveyspalvelumarkkinoilla toimivat kuluttaja-potilaat ovat oman terveytensä ja oman itsensä asiantuntijoita, jotka asiantuntijuuteensa nojaten tekevät tietoisia valintoja terveyspalveluiden välillä. (Majapuro 2013, 19, 26–27.)

5.2 Valta kontrollina ja painostamisena

Kontrollin ja painostuksen diskurssissa valta näyttäytyy erilaisena kuin tuen ja turvan diskurssissa. Tässä diskurssissa kuntoutuksen aikana kohdattu vallankäyttö käsitteellistetään ulkoa päin tulevana kontrollina ja painostuksena, jonka ei välttämättä koeta edistävän kuntoutumista. Henkilökunnan ja kuntoutujan suhteet muodostuvat ristiriitaisiksi ja jännitteisiksi. Pahimmillaan henkilökunta nähdään alistajina, joiden pyrkimyksenä on pakottaa kuntoutujat mielivaltaisesti tahtonsa alle. Vallan nähdään olevan yksipuolisesti henkilökunnalla, joka tekee päätöksiä välittämättä kuntoutujan mielipiteistä. Tässä diskurssissa kuntoutujan oma toimijuus on välillä aktiivista vastarintaa henkilökuntaa vastaan ja välillä passiivista alistumista epäoikeudenmukaisena koettuun vallankäyttöön.

5.2.1 Hoito painostuksena ja pakotuksena

Tässä diskurssissa kuntoutuksen aikana kohdattava vallankäyttö käsitetään pakottamiseksi ja painostamiseksi. Seuraavan esimerkin haastateltava on kutsunut kuntoutuskurssia useaan otteeseen ”isojen lasten lastentarhaksi”. Hän kokee, että kuntoutujia holhotaan kurssilla liikaa eikä heidän omaa aktiivisuuttaan kannusteta. Haastateltava kokee kuntoutuksen ulkoa päin tulevaksi määräämiseksi, joka on tasapäistävä ja jättää yksilölliset erot ja tarpeet huomioimatta. Tämä ei haastateltavan mukaan ole hänen kohdallaan toimiva ratkaisu eikä edistä hänen kuntoutumistaan.

V: ”En tiedä. Mä oon vähän semmonen luonne että mä en haluu mihinkään valmiiseen kuvioon. Mä haluun kulkee vähän omia teitäni.

H: Mut jos ei..

V: Ehkä sen takia tääkin on vähän huono systeemi mulle, ku mä haluun kulkee omia teitäni ja kun mulle määrätään, mitä mä teen”. (14)

Haastateltava ”haluaa kulkea omia teitä” ja kokee, ettei tämä ole kuntoutuskurssin aikana mahdollista, sillä hänen yksilöllisiä toiveitaan ja tavoitteitaan ei huomioida. Sen sijaan hänet tasapäistetään ja määrätään toimimaan etukäteen päätetyn mallin mukaan. Seuraavassa esimerkissä haastateltavalta on kysytty, millaista asiakaslähtöisyyttä kuntoutuskurssilla tulisi olla.

Haastateltavan mukaan kurssilla komennetaan, ja hän toivoisi komentamisen sijaan kannustavampaa otetta.

”Ei komennella niin kauheesti. (-) komentaa voi, ei siinä, ei oikeestaan sen kummempaa, ongelmaa. (Tähän) pitäis olla niin, kans kannustamista. Pitäs olla kannustus.” (5)

Seuraavan esimerkin haastateltavan mukaan henkilökunnan ei pitäisi pitää itsestään selvyytensä, että kaikki haluavat osallistua kaikkeen toimintaan. Haastateltava on luullut, että tutkimushaastatteluun osallistuminen on kaikille pakollista, vaikka haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavan mukaan hoitaja on kuitenkin sanonut, että kaikkien on pakko osallistua haastatteluihin, mikä on tuntunut hänestä epämiellyttävältä painostamiselta.

”Ja sitten just että, sillai että, ettei pidettäis itsestään selvänä että kaikki haluaa osallistua johonkin (-) et jos se on jo kerran kysytty. Tässähän menee itteki sekasin, että jos on kerran jo sanottu että, allekirjotaan niihin juttuihin ja sitten sanotaan että kaikki osallistuu, aamukokouksessa hoitaja sanoo et kaikki osallistuu siihen joka tapauksessa, niin sehän on väärin, harhaanjohtavaa.” (9)

Kaikista esimerkeistä välittyy mielikuva siitä, että kuntoutuja on painostettu toimimaan tavalla, joka ei vastaa hänen omaa tahtoaan. Tässä diskurssissa kuntoutuja kokevat olevansa toiminnan kohteita, joita määrätään ja komennetaan sen sijaan, että he olisivat aktiivisia toimijoita joiden mielipiteillä on merkitystä. Kokemuksista välittyy mielikuva vailla omaa ääntä olemisesta ja voimattomuudesta. Toisin kuin tuen ja turvan diskurssissa, tässä diskurssissa hoidon ei koeta olevan asiakaslähtöistä vaan auktoriteettivaltaista ylhäältä alaspäin suuntautuvaa toimintaa. Kuitenkin juuri kuntoutujan kokemus osallisuudesta suhteessa omaan kuntoutukseensa saattaa olla keskeinen kuntoutumista edistävä tekijä (Rissanen 2015, 153–157).

5.2.2 Kuntoutuja yksinäisenä vastarannan kiiskinä

Kontrollin ja painostuksen diskurssissa henkilökunnan ja kuntoutujan väliset suhteet muodostuvat ristiriitaisiksi ja jännitteisiksi. Kuntoutuja saattaa kokea, että henkilökunta yrittää alistaa häntä oman tahtonsa vastaiseen toimintaan, johon hän reagoi aktiivisella vastarinnalla. Tällöin kuntoutujan oma toimijuus on aktiivista vallankäytön vastustamista kuten alla olevassa esimerkissä.

”No kun mä oon vähän eri mieltä kun noi lääkärit näistä kaikista asioista tai noi hoitajat täällä. Kun ei nää jutut noilla, lääkkeillä parane. Ei ne, ei tähän mun juttuun ainakaan, auta yhtään noi pillerit. Oiski kiva kun kaikki, murheet katois kun vetäis noi pillerit naamaan mähän söisin niitä koko ajan. Mutta kun ei se mee sillai. Niin siitä tääl on ollu kahnauksia noitten hoitajien tai noitten, ohjaajien kanssa.” (25)

Haastateltava kokee, että henkilökunta yrittää pakottaa hänet käyttämään lääkitystä, jota hän ei haluaisi käyttää. Nämä mielipide-erot ovat aiheuttaneet konflikteja haastateltavan ja henkilökunnan välille. Myös seuraavan esimerkin haastateltava on ollut ristiriitatilanteessa henkilökunnan kanssa. Haastateltava haluaisi työkokeiluun, ja hän on ollut itse aktiivinen asian suhteen. Henkilökunta ei kuitenkaan kannata ajatusta työkokeilusta. Haastateltava on kokenut tämän lannistavana; hänen mukaansa henkilökunta ei tue hänen kuntoutumistaan eikä ota huomioon hänen mielipiteitään hänen tulevaisuuttaan suunniteltaessa.

”Ehkä jotenkin näin että pitäis tavallaan perehtyä meidän asioihin, kuunnella meitä. Että mun kohalla vedetyt johtopäätökset, joo että kun mä nyt oon joskus vähän lintsannu kurssilta, että mä en pysty noudattaa työkokeilussakaan niitä kellonaikoja. Ja se ei välttämättä mene niin. Et jotenkin se, et meitä ymmärrettäs paremmin täällä, että mitä me halutaan toteuttaa ja mitä me ei haluta toteuttaa.” (14)

Esimerkin haastateltava toteaa myöhemmin haastattelussa, että saattaa toimia henkilökunnan neuvojen vastaisesti ja lähteä itse selvittämään mahdollisuuttaan päästä työkokeiluun työvoimatoimiston kautta. Hän tekee siis tietoisien päätösten toimia vastoin henkilökunnan ohjeita, koska kokee ne turhana ja tarkoituksettomana kontrollina. Siten myös hän tekee aktiivista vastarintaa epäoikeudenmukaisena kokemaansa vallankäyttöä vastaan.

Pakotuksen ja painostuksen diskurssissa henkilökuntaa ei nähty luotettavana, apua ja tukea tarjoavana liittolaisena kuten tuen ja turvan diskurssissa. Pakotuksen ja painostuksen diskurssissa kuntoutujilla oli henkilökunnasta negatiivisia kokemuksia, eivätkä haastateltavat kokeneet saaneensa paljoakaan tukea tai apua henkilökunnalta. Henkilökunnan jäsenet nähtiin ankarina hoidon kontrolloijina ja portinvartijoina, jotka luovat ahdistavan ilmapiirin.

”Kyllä se ihan hyvä paikka on muuten mutta, mua alko kyllästyttää se kauhee tiukkapiposuus ja sitten, eräillä ohjaajilla oli vähän sanavalinnat huonoja. Että mä koin sen vähän ahdistavaks paikaks.” (23)

Seuraavan esimerkin haastateltavalta on kysytty, keneltä hän on saanut apua sairastumisensa ja kuntoutuksensa aikana.

”En mä tiää, kyllä mä oon ollu vähän semmonen yhen miehen armeija.” (25)

Haastateltava on ollut hoidossa sekä psykiatrisessa sairaalassa että erilaisissa kuntoutuspaikoissa, mutta hän ei koe saaneensa koskaan varsinaista apua hoitohenkilökunnalta. Haastateltavan mukaan

hoitohenkilökunnan jäsenet eivät ymmärrä häntä, minkä vuoksi hän on joutunut konflikteihin henkilökunnan jäsenten kanssa. Haastateltava käsitteellistääkin koko haastattelunsa ajan henkilökunnan toiminnan kontrollina ja alistamisena, jonka kohteeksi hän on sairastuttuaan joutunut.

Iso-britannialaiset hoitotieteilijät Jayne Ann Breeze ja Julie Repper (1998) ovat tutkineet hoitajien ”vaikeiksi” määrittelemien potilaiden hoitokokemuksia. Kyseiset potilaat kokivat hoitoon liittyvän runsaasti painostamista ja kontrollointia. Potilaat kokivat myös, että eriävän mielipiteen ilmoittaminen hoitoon liittyvistä asioista jätettiin huomioitta, eikä todellista mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoon potilaiden mielestä ollut. Kokemus kontrolloinnista johti potilaiden osoittamaan aktiiviseen tai passiiviseen vastarintaan. Breezen ja Repperin tutkimustulokset vaikeiden potilaiden hoitokokemuksista vaikuttavat yhteneväisiltä tässä diskurssissa ilmenevien hoitokokemusten kanssa. Onkin syytä pohtia, kuinka helposti potilas leimaantuu hoitovastaiseksi ja vaikeaksi potilaaksi, jos hän esittää eriäviä mielipiteitä hoitonsa sisällöstä. Breezen ja Repperin mukaan yksi keskeinen tekijä potilaan vaikeaksi määrittymisessä on se, että hän kyseenalaistaa hoitajien auktoriteetin ja kompetenssin (Em., 1307). Kuntoutujat eivät kuitenkaan välttämättä aktiivisesti vastusta kokemaansa vallankäyttöä vaan suhtautuvat asioihin passiivisesti, koska eivät koe voivansa tehdä muutakaan.

5.3 Valta välttämättömänä osana elämää ja arkea

Tässä diskurssissa vallankäyttö käsitteellistetään välttämättömänä ja lähes luonnollisena osana mielenterveyskuntoutujan elämää. Vallankäytön olemassaoloa ei juuri pohdita tai kyseenalaisteta, vaan se nähdään itsestään selvänä ja arkisena osana elämää. Kuntoutuksen aikana kohdattava vallankäyttö koetaan puuttumisena ja patistamisena, joka on kuitenkin oikeutettua ja tarpeellista. Kuntoutujien oma toimijuus on suhteellisen passiivista; he eivät aktiivisesti vastusta kuntoutuksen aikana kohtaamaansa vallankäyttöä, mutta eivät myöskään pyri aktiivisesti itse vaikuttamaan kuntoutuksen sisältöön. Passiivinen toimijuus ei kuitenkaan aina tarkoita olematonta toimijuutta, vaan sitä, että tässä diskurssissa kuntoutujien toimijuus on hiljaisempaa ja sisäänpäin kääntyneempää kuin kahdessa muussa diskurssissa.

5.3.1 Hoito oikeutettuna patistamisena ja mukaan vetämisenä

Tässä diskurssissa kuntoutuksessa kohdattu vallankäyttö näyttäytyy patistamisena, motivointina ja innostamisena. Henkilökunnan tehtävänä on vetää kuntoutujia kohti yhteiskuntaa, ja tähän tavoitteeseen päästäkseen henkilökunnan on oikeutettua innostamisen ja motivoinnin lisäksi myös hieman patistaa ja painostaa. Kaikissa alla olevissa esimerkeissä henkilökunnan roolina on olla toiminnan alkuun panija, joka vetää myös kuntoutujan mukaan toimintaan. Tässä diskurssissa henkilökunnan vahvaa roolia ei kuitenkaan koeta alistavana. Henkilökunnan oikeus puuttua ja patistaa koetaan oikeutettuna ja kuntoutujan parasta edistävänä.

”Näyttää paikkoja ja sillai yrittää saada innostumaan jostain asiasta. Sillai, harrastuttaa ja, aktivisoida.” (9)

”Et sais sitä elämänhallintaa vähän kasaan. Siinä toivossa mä tulín et.. Et sit pystyy itsenäisesti siivoo ja laittaa ruokaa ja.. Et se siivoomine on edelleen vaikeeta, mut.. kyl mä siivoon joka kerta ku pitää siivota. Mua pitää patistaa sit alkuun.” (13)

Kirsi Juhila (2006) jakaa sosiaalityön tehtävät liittämiseen ja kontrolliin. Sosiaalityöntekijöiden tehtävänä on Juhilan mukaan liittää syrjäytyneitä takaisin osaksi yhteiskunnan valtakulttuuria ja kontrolloida niitä, joiden liittäminen ei onnistu. Yhteiskunnan täysivaltaiseen jäsenyyteen ajatellaan usein kuuluvan työnteke, itsenäinen toimeentulo, riippumattomuus yhteiskunnan palveluista sekä hyvä elämänhallinta, kun taas syrjäytymiseen liitetään näiden vastakohtia. (Em., 49–56.) Voidaan ajatella, että myös mielenterveyskuntoutukseen liittyy samankaltainen liittämistehtävä, sillä hoitohenkilökunta pyrkii ohjaamaan kuntoutujia kohti edellä mainittuja päämääriä. Edelleen voidaan ajatella, että tämän diskurssin puitteissa henkilökunnan ja kuntoutujien välillä vallitsee konsensus tästä liittämistehtävästä, sillä kuntoutajat kokevat kohtaamansa patistamisen oikeutettuna ja tarpeellisenä.

Seuraavassa katkelmassa haastateltava on pohtinut hoitajan kanssa kuntoutustavoitteitaan, ja he ovat molemmat sitä mieltä, että kuntoutujan elämänhallintaa tulisi parantaa. Kyse ei ole sinällään siitä, etteikö kuntoutuja osaisi esimerkiksi laittaa ruokaa, hän vain tarvitsee jonkun patistamaan häntä asioiden hoitamisessa.

”Ja sitte tietysti tä ihan tä normaalitoiminta. Kyllähän toi hoitaja sano että kyllähän mä osaan, se on vaan että on niin huonos kunnos, et kyllähän mä osaan vääntää puurot ja leivät ja tällaset. Ni se esite, vähän tuntu silteen vakuuttavalta, että nyt ei löysäillä.” (19)

Foucault’laisin käsittein kyse on hallinnallisuudesta eli subjektin itsehallintaan vaikuttamisesta. Tässä kontekstissa voidaan ajatella, että ohjauksen ja patistamisen tavoitteena on saada yksilö sisäistämään opetettu elämänhallinta niin keskeiseksi osaksi omaa identiteettiään, että hän alkaa toteuttamaan sitä automaattisesti myös silloin, kun kukaan ei ole enää patistamassa.

Tässä diskurssissa kuntoutuja ovat hyväksyneet sen, että sairastuminen on pysyvästi muuttanut elämää ja arkea. Sairastumisen mukanaan tuomat muutokset on hyväksytty osaksi elämää ja asioiksi, joita vastaan ei kannata kapinoida vaan hyväksyä ne sellaisenaan.

H: ”Mut et kuitenkin aattelet ettet halua syödä niitä lääkkeitä sitte loppuiän?

V: Nii, menee rutiinilla nyt jo, et..

H: Niin, et suurta haittaakaan..

V: Ei, kyl mä, se on sama ku ottais Buranan tosta vaan, ku ottaa lääkkeen (--). En mä aattele sitä yhtää et se on sairastumisen takia syötävä vaa, ihan päivärutiineihin liittyy.”

(13)

Esimerkin haastateltavalle psyykenlääkityksestä on tullut normaali osa päivärutiinia, eikä hän juuri pohdi lääkeyhteyteen liittyviä kysymyksiä. Passiivisuuden sijaan tätä voidaan myös pitää merkinä sairauden hyväksymisestä. Sairauden hyväksymistä on joissain tutkimuksissa pidetty kuntoutumisen avaintekijänä ja mahdollistajana. Amerikkalaiset tutkijat Lauren Mizock, Zlatka Russinova ja Uma Chandrika Millner (2014) havaitsivat tutkimuksessaan, että sairauden hyväksyminen on moniulotteinen ilmiö, joka rakentuu viidestä komponentista. Heidän mukaansa sairauden hyväksyntä rakentuu identiteettiin, kognitioon, käyttäytymiseen, emotioihin ja suhteisiin liittyvistä komponenteista. Käyttäytymisen komponenttiin kuuluvat esimerkiksi sitoutuminen hoitoon ja lääkeyhteyden säännöllinen ottaminen. Yllä olevan haastateltavan toteamusta lääkeyhteydestä arkirutiineihin kuuluvana asiana voidaan siis pitää merkinä sairauden hyväksymisestä.

5.3.2 Kuntoutuja mukautujana ja sopeutujana

Tässä diskurssissa kuntoutujien toimijuus on suhteellisen passiivista ja kuntoutujat näyttävät olevan mukautujan ja sopeutujan roolissa. Kuntoutujat ovat sairastuttuaan joutuneet liitetyiksi yhteiskunnan hoito- ja kuntoutusjärjestelmään. Järjestelmän oikeutusta ei juurikaan pohdita, vaan sen olemassaolo, toimintamekanismit ja reunaehdot otetaan vastaan faktoina, joiden kanssa elämiseen on sopeuduttava. Hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohdatut ikävät piirteet ja kokemukset pyritään käsittelemään rauhallisesti ja niihin pyritään mukautumaan ja sopeutumaan.

"Aluksi tuntu et tääl on hirveen vähän tekemistä. Että liian vähän ryhmiä ja kaikkea semmosta. Sitten tähä on tottunu jo tähä, sohvilla makoiluun " (9)

"No mulla tuli eka että en mää tänne haluais tulla. Että vähän tympi nää rakennukset vähän ankeet että mä tykkäsin (--). Sitte, sit mää vaan jotenki päädyin tänne." (22)

Tämän diskurssin puitteissa kuntoutujien rooli näyttäytyy välillä hyvin passiivisena; he eivät ole aktiivisesti vaikuttamassa hoitoonsa, vaan ajautuvat paikkoihin ja noudattavat muiden tekemiä suunnitelmia.

H: "Miten sä aattelet et mimmost hoitoo tai kuntoutusta tai apua sä jatkossa tuut tarvii kurssin jälkeen että..?"

V: Varmaan ihan tavallisen, jos mä sinne X-kurssille pääsen, nii varmaan ihan sitä läsnäoloa ja sitä päivittäistä rutiineissa mukanaoloa että, joku tekee jonkun suunnitelman jota mä voin sitte noudattaa. "(9)

Yllä olevan esimerkin haastateltavalle kuntoutuminen merkitsee sitä, että "joku tekee suunnitelman, jota voi noudattaa". Kuntoutujalla ei siis ole aktiivista roolia kuntoutusta suunniteltaessa tai asioista päätettäessä, vaan hän on suunnitelmien kohde. Kuntoutuja aktivoituu vasta siinä vaiheessa, kun suunnitelmaa pannaan toimeen ja silloinkin mahdollisesti vasta patistuksen jälkeen. Passiivisen ajautumisen lisäksi myös tästä diskurssista löytyy kuntoutujien omaa toimijuutta, mutta se on luonteeltaan hienovaraisempaa ja rauhallisempaa. Seuraavassa katkelmassa haastattelija on kysynyt haastateltavalta, miltä hänestä on tuntunut se, että hän on kuntoutusuransa aikana joutunut vaihtamaan kuntoutuspaikkaa useasti.

V: "Kyl mää aika hyvin sopeutunu jokaiseen paikkaan sillai että ei mul oo kauheesti ollu ongelmia, paikan vaihdon kans.

H: Ja susta se on tuntunu hyvältä et se susta se on tuntunu hyvältä se paikan vaihto?

V: Joo, on koska, mä en tiiä oisinko mä ees siel jaksanu ollaakaan (paljon --). Niin se on hyvä vaihtaa maisemaa." (22)

Haastateltava kertoo, että hänestä on itse asiassa tuntunut hyvältä se, että paikan vaihdoksia on tullut usein, koska näin hän saa vaihtelua elämäänsä. Hoidon katkoksellisuus, vaihtelevuus ja jatkuva uusiin ihmisiin tutustuminen eivät siis häiritse häntä, vaan hän on sopeutunut tilanteeseen. Lisäksi haastateltava on kääntänyt potentiaalisesti ikävän kokemuksen positiiviseksi keskittymällä kokemuksen hyviin puoliin. Tällainen toimijuus on rauhallista ja sisäänpäin kääntynyttä verrattuna tuen ja turvan diskurssin aktiiviseen kuluttaja-valitsijaan ja kontrollin ja painostuksen diskurssin vastarintaan.

Seuraavissa esimerkeistä löytyy myös sopeutumiseen keskittyvää hiljaista toimijuutta. Haastateltava on aiemmin kertonut, että hän pitää psykologisia testejä ja testaustilannetta epämiellyttävänä.

H: ”Niin ei oo kivaa välttämättä?

V: No ei, mut ei kaikki tarvi aina kivaa olla kato. Kyllä se siinä. Muuten on ihan mukava kurssi kyllä ollu.” (11)

Seuraavan esimerkin haastateltava taas vastaa kysymykseen siitä, minkä kurssin tekemisen hän on kokenut itsensä kannalta turhaksi.

V: ”Kai se on joku peliryhmä, mutta siinä se muisti, on kehittäminen ja sääntöjen oppiminen, mutta en mä oikein sitä koe itselleni tärkeeks.

H: Peliryhmää. Joo, mut kuitenkin ihan, olit tänäänkin mukana?

V: Osallistun kyllä kiltisti, että en valita.” (20)

Molemmissa esimerkeissä haastateltavat ovat kokeneet jonkin kurssin aikaisen toiminnan epämiellyttäväksi tai turhaksi. He ovat kuitenkin sopeutuneet siihen, että epämiellyttävä toiminta on osa kurssia eikä sitä vastaan kannata protestoida. Omalla asennoitumisellaan he ovat pyrkineet vaikuttamaan siihen, että epämiellyttävästäkin toiminnasta löytyisi mahdollisesti jokin tarkoitus, jonka ymmärtäminen muuttaa kokemuksen vähemmän negatiiviseksi. Tässä diskurssissa toimijuus on sisäisten prosessien avulla tapahtuvaa sopeutumista vallitseviin olosuhteisiin.

6. Tutkimustulosten yhteenveto ja pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkoituksenani on ollut tarkastella mielenterveyskuntoutujiin hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohdistuvaa vallankäyttöä kuntoutujien oma näkökulma esiin tuoden. Olen pyrkinyt kartoittamaan, millaista vallankäyttöä kuntoutujat kohtaavat ja miten he kohtaamaansa vallankäyttöön suhtautuvat. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä, jonka pohjalta valtaa ja vallankäyttöä käsitteellistetään, on toiminut foucault’lainen valtakäsitys ja hallinnan analytiikka. Tutkimuskysymykseen **Millaista biovaltaa mielenterveyskuntoutujat kohtaavat hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä?** olen vastannut sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla olen luokitellut aineistossa esiintyvän vallankäytön kolmeen pääluokkaan: pakkovaltaan, päätös- ja ohjevaltaan ja hallinnallistavaan valtaan. Kaikki vallankäytön pääluokat sisältävät useita hallinnan elementtejä. Tutkimuksessani havaitsin, että mielenterveyskuntoutujien hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaama biovalta on moniulotteista ja kokonaisvaltaista. Vallankäyttö ulottuu konkreettisista, fyysisistä pakkokeinoista abstraktin tason minuuden muokkaamiseen ja toivotun identiteetin tuottamiseen.

Tutkimuskysymykseen **Miten mielenterveyskuntoutujat suhtautuvat kohtaamaansa biovaltaan?** olen vastannut kriittisen diskurssianalyysin avulla. Olen analysoinut kuntoutujien kohtaamastaan biovallasta tuottamia diskursseja. Löysin aineistosta kolme diskurssia: valta tukena ja turvana, valta kontrollina ja painostuksena ja valta välttämättömänä osana elämää. Eri diskursseissa hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohdattu biovalta käsitteellistetään eri tavalla ja se saa erilaisia merkityksiä. Kuntoutujien tapa käsitteellistää kohtaamaansa vallankäyttöä vaikuttaa heidän toimijuuteensa hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä. Vallan käsitteellistäminen tukena ja turvana johtaa aktiiviseen ja eteenpäin pyrkivään toimijuuteen, kun taas vallan käsitteellistäminen kontrollina ja painostamisena johtaa vastahakoiseen toimijuuteen. Vallan käsitteellistäminen välttämättömänä osana elämää johtaa puolestaan suhteelliseen passiiviseen ja ulkoa ohjautuvaan toimijuuteen.

Sairastuminen mielenterveyden häiriöön on usein käänteen tekevä kokemus yksilön elämässä. Sairastuminen tuo mukanaan henkilökohtaisia vaikeuksia sekä kärsimyksiä, ja avun hakeminen tuo yksilön osaksi yhteiskunnan instituutioita. (Rissanen 2015.) Yhteiskunnan hoito- ja kuntoutusinstituutiolla on suuri merkitys mielenterveyden häiriöön sairastuneen ihmisen elämässä. Parhaimmillaan annettu hoito voi vähentää oireita ja kärsimystä, auttaa hallitsemaan sairautta ja elämää sekä antaa toivoa paremmasta tulevaisuudesta. Oikeanlaisen hoidon saamisella voi olla kauaskantoisia vaikutuksia yksilön elämässä. Hoidon saaminen voi määrittää ratkaisevasti tulevaisuuden suuntaviivoja. Hoidolla on konkreettisia vaikutuksia potilaiden päivittäiseen elämään ja olotilaan, ja toisinaan hoito on jopa elämän ja kuoleman kysymys. Koska hoidolla on niin merkittävä vaikutus potilaiden elämään, tulee mielenterveyshoitoa ja sen järjestämistä tutkia ja arvioida tieteellisen tutkimuksen avulla. Tärkeää on tutkia myös hoidon aikana tapahtuvaa vallankäyttöä.

Michel Foucault'n valtakäsitys sopii hyvin mielenterveyskuntoutuksen vallankäytön tutkimiseen ja kuvaamiseen. Mielenterveyskuntoutuksesta löytyy Foucault'n määritelmän mukaista kurivaltaa, mutta myös hienovaraisempaa vallankäyttöä, joka on luonteeltaan tuottavaa. Foucault pitää juuri vallankäytön tuottavaa luonnetta merkityksellisenä. (Foucault 2005.) Tutkimukseni antaa kattavan kuvan siitä vallankäytöstä, jota mielenterveyskuntoutujiin hoito- ja kuntoutusinstituutiossa kohdistuu. Osittain tämä vallankäyttö on sisään rakennettu yhteiskunnan rakenteisiin ja

instituutioihin. Esimerkiksi diagnosointiin, tiedon kontrollointiin ja hoitoon pääsyyn liittyvä vallankäyttö ei rajoitu vain mielenterveyspalveluihin vaan koskee koko terveydenhoitojärjestelmää. Mielenterveyskuntoutujiin kohdistuvassa vallankäytössä on kuitenkin erityispiirteitä, jotka liittyvät osittain mielenterveysongelmien luonteeseen. Koska mielenterveysongelmat vaikuttavat ihmisen minuuteen ja henkisiin ominaisuuksiin, ovat nämä myös hoidossa arvioinnin, tarkkailun ja hoidon kohteina. Mielenterveyshoidossa ja -kuntoutuksessa on paljon käytännön asioihin liittyvää ohjaamista, neuvomista ja opastamista. Joskus tämä opastaminen ja ohjaaminen saa holhoavia ja paternalistisia piirteitä, mikä lienee heijastumaa taustalla vaikuttavista asenteista.

Uskon, että tietty määrä vallankäyttöä on välttämätön osa mielenterveyshoitoa ja -kuntoutusta. Aina ei liene mahdollista neuvotella ja sopia hoidon toimenpiteistä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, eikä tämä välttämättä aina olisi edes potilaan edun mukaista. Kaikki hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä harjoitettava vallankäyttö ei ole kuitenkaan oikeutettavissa asiakkaan edulla ja parhaalla tahdolla. Toisinaan vallankäyttö voi olla toimimista totuttujen normien ja rutiinien mukaan, jolloin byrokratia ja järjestelmä asetetaan yksilön edelle. Työntekijöiden vahva ammatillinen asema näkyy toisinaan heidän arvioidensa ja mielipiteidensä asettamisena asiakkaan omien näkemysten edelle. Onkin syytä pohtia, kenen asiantuntijuuteen hoito perustetaan. Onko kuntoutuja itse paras henkilö määrittämään oman hoitonsa ja kuntoutuksensa tavat ja tavoitteet vai osaavatko ammattilaiset määritellä ne kuntoutujaa paremmin?

Tutkimuksessani olen halunnut antaa mielenterveyskuntoutujille äänen. Siksi olen tutkinut vallankäytön muotojen lisäksi myös sitä, millaisena mielenterveyskuntoutujat kokevat kohtaamansa vallankäytön. Kohdattua vallankäyttöä ei aina koeta mustavalkoisesti negatiivisena alistamisena, vaan se voi saada myös positiivisia merkityksiä. Negatiivisessa merkityksen annossa korostuvat avuttomuuden ja kuulematta jäämisen kokemukset. Vallankäytölle annettavilla merkityksillä on keskeinen vaikutus kuntoutujan hoitoasenteeseen ja toimijuuteen kuntoutuksen aikana. Aihetta on tärkeää tutkia, jotta mielenterveyskuntoutuksen käytäntöjä voidaan kehittää parhaiden mahdollisten lopputulosten saamiseksi.

Mielenterveyshoito on historian saatossa kehittynyt huomattavasti, ja nykyään mielenterveyspotilaiden oikeuksiin ja asemaan kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota (Pietikäinen 2013). Mielenterveyshoito ei kuitenkaan ole pelkästään pyyteetöntä auttamistyötä,

vaan siinä on aina läsnä myös vallankäytön ja hallinnan elementtejä, minkä tutkimukseni tulokset osoittavat. Sillä, miten kuntoutujat suhtautuvat kohtaamaansa vallankäyttöön, on huomattava merkitys heidän asenteelleen hoitoa kohtaan. Jos kokemus kohdatusta vallankäytöstä on negatiivinen ja kuntoutuja kokee, että häntä on kohdeltu väärin eikä hän ole saanut omaa ääntään kuuluviin, voi koko kokemus hoidosta sävyttyä negatiivisesti. Positiivinen kokemus kohdatusta vallankäytöstä puolestaan johtaa positiiviseen kokemukseen hoidosta, mikä myös osaltaan edistää kuntoutumista. Tämä olisi hyvä tiedostaa ja ottaa huomioon mielenterveyshoidossa ja -kuntoutuksessa.

Mielenterveyshoidon yhteydessä puhutaan usein asiakaslähtöisyydestä. Tutkimukseni perusteella voidaan sanoa, että asiakaslähtöisyydestä voisi puhua vielä enemmänkin. Asiakkaan ja hänen kokemuksensa tulisi olla keskiössä hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Lähtökohtana tulisi olla asiakkaan asiantuntijuus oman itsensä ja elämänsä suhteen. Asiakkaan todellinen osallistuminen, ei pelkkä kuuleminen, oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa sitouttaa ja motivoi asiakasta hoitoon ja sen tavoitteisiin. Mikäli asiakkaan ja henkilökunnan näkemykset hoidosta eivät kohtaa, tulisi ilmapiiriin olla kuitenkin avoin ja neuvotteleva, ei saneleva ja määräävä. Mikäli asiakkaan mielipiteitä ja tahtoa ei voida toteuttaa, tulisi tämä pystyä perustelemaan asiakkaalle kunnioittavasti ja asiallisesti.

Mielenterveyshoidolla ja -kuntoutuksella on suuri merkitys potilaiden elämään arkipäivän tasolta elämän suuriin kysymyksiin saakka. Suuren merkityksensä vuoksi mielenterveyshoidossa ja -kuntoutuksessa tapahtuva vallankäyttö ei saisi koskaan olla itsestään selvä ilmiö. On tärkeää, että mielenterveyshoidon vallankäyttöä ja sen oikeutusta tarkastellaan, pohditaan ja arvioidaan yhä uudelleen. Vallankäyttö tilanteessa, jossa yksilö asetetaan yhteiskunnan toimesta sairautensa vuoksi asemaan, jossa hän on yhteiskunnan vallankäytön kohteena, vaatii aina huolellista eettistä harkintaa. Potilaiden kertomia kokemuksia itsemääräämisoikeuden rikkomisesta tai väärin kohdelluksi tulemisesta ei saisi koskaan sivuuttaa joutavina valituksina tai liioitteluina.

Suomen mielenterveyshoidon palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja hajanaisuus näkyivät myös aineistossani. Potilaat joutuvat tekemisiin lukemattomien eri hoitotahojen kanssa. Aineistoni haastateltavat olivat olleet tekemisissä monien sairaaloiden, kuntoutuskotien, kuntoutuskurssien, päivätoimintakeskusten ja mielenterveystoimistojen kanssa. Samoin he ovat tekemisissä monien

lääkäreiden, psykologien, terapeuttien, hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden kanssa. Pirstaleisessa järjestelmässä kuntoutujat siirtyvät palvelusta toiseen ja ammattilaiselta toiselle. Aineistoa läpikäydessäni pohdin, hukkuuko kokonaisuuden ja pitkäjänteisen tulevaisuuden suunnittelu alati vaihtuvien hajanaisten palveluiden viidakkoon? Kenellä on lopullinen vastuu suunnitella pitkälle ajanjaksolle asianmukainen ja potilaan tarpeita parhaiten vastaava hoito ja kuntoutus vai onko kenelläkään?

Mielenterveyskuntoutuksen tarkoituksena on tuottaa kuntoutujille aktiivista ja itsenäistä identiteettiä. Toisinaan hoitojärjestelmä toimii omaa tavoitettaan vastaan vähättelemällä kuntoutujien aktiivisuutta ja pyrkimyksiä itsenäisyyteen. Kuntoutujien aktiivisuutta säädellään ja väärin asioihin suuntautuvaa ja liiallista aktiivisuutta voidaan pitää negatiivisena. Joskus aktiivinen ja omia suunnitelmia tekevä potilas saatetaan kokea jopa hankalaksi. Toisaalta kuntoutujien oletetaan olevan aktiivisia oman hoitonsa suhteen, ja toisaalta heidät objektivoidaan passiivisiksi hoidon kohteiksi, joiden tulee noudattaa henkilökunnan heille tekemiä suunnitelmia.

Tutkimukseni on keskittynyt mielenterveyskuntoutujien hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaaman vallankäytön laaja-alaiseen kartoittamiseen ja tarkasteluun. Tutkimuksessa todettiin, että eräs mielenterveyskuntoutujiin kohdistuva vallankäytön muoto on toivotun identiteetin tuottaminen. Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutujista pyritään tuottamaan itsenäisiä ja aktiivisia kansalaisia, jotka eivät enää ole riippuvaisia yhteiskunnan palveluista. Toivotun identiteetin tuottamiseen liittyy kuitenkin useita ristiriitaisia piirteitä. Toisaalta kuntoutujia pyritään kannustamaan itsenäisyyteen ja aktiivisuuteen, mutta joissain tilanteissa heidän osoittamansa itsenäisyys ja aktiivisuus eivät saa kannustusta henkilökunnalta. Nämä kuntoutukseen liittyvät paradoksit ja ristiriitaisuudet vaatisivat tarkempaa tarkastelua ja pohdintaa.

Mielenterveysongelmaisen identiteetti on leimattu identiteetti, joka määritellään pääasiassa negatiivisten mielikuvien kautta. Mielenterveyden häiriöön sairastuneen on pakko uudelleen määritellä aiempaa identiteettiään sairauden ja siihen liittyvän leiman kautta. Sairastuminen tuo yksilön osaksi yhteiskunnan hoitoinstituutiota, joka edelleen vahvistaa tätä identiteettiin liittyvää leimaa (Goffman 1961; Rissanen 2015). Mielenterveyskuntoutujat saattavat sisäistää mielenterveyskuntoutujiin yhteiskunnassa liitettävän leiman osaksi minäkäsitystään, jolloin itsetunto ja itsearvostus laskevat (Kroska & Harkness 2006). Mielenterveyskuntoutujan identiteetin

sisäistäminen keskeisimmäksi identiteetiksi ja itsen määrittelyn välineeksi saattaa siten toimia kuntoutumista estävänä tekijänä. Mielenterveyskuntoutuksessa olisikin tärkeää etsiä ja vahvistaa myös muita yksilön identiteettejä.

Mielenterveyspalveluiden käyttömäärät ovat lisääntyneet ja samoin on lisääntynyt mielenterveydellisten syiden aiheuttama työkyvyttömyys (Lehto ym. 2005, 9–10, Pirkola & Sohlman 2005, 30). Mielenterveyshoidon ja -kuntoutuksen suuri merkitys ei rajoitu vain yksilötasolle, vaan asian merkitys on suuri myös yhteiskunnallisella tasolla. Hyvinvointivaltiossa valtiolla on vastuu huolehtia kansalaistensa perusoikeuksien ja sosiaalisten oikeuksien toteutumisesta. Riittävien mielenterveyspalveluiden saaminen on osa näitä oikeuksia. Uusliberalismin myötä taloudellisuuden ja tehokkuuden vaatimukset ovat ulottuneet myös sosiaali- ja terveyspalveluihin. Rajalliset resurssit ja budjetit rajoittavat myös mahdollisuuksia tarjota asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta. Voiko kuitenkin olla, että riittävän ja tarpeenmukaisen kuntoutuksen järjestäminen tulisi kerrannaisvaikutuksineen kuitenkin yhteiskunnalle edullisemmaksi kuin järjestämättä jättäminen? Voivatko taloudelliset argumentit ylipäättään rajoittaa sosiaalisten oikeuksien toteutumista?

Lähteet

- Aalberg, Veikko (2014) Psykodynaamiset yksilöpsykoterapiat. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 772–779.
- Aapola, Sinikka & Ketokivi, Kaisa (2005) Johdanto: Aikuistumisen ehdot 2000-luvun yhteiskunnassa. Teoksessa Sinikka Aapola & Kaisa Ketokivi (toim.) *Polkuja ja poikkeamia. Aikuisuutta etsimässä*. Helsinki: Nuorisotutkimusseura, 7–32.
- Achté, Kalle (1990) Psykiatrian kenttä. Teoksessa Kalle Achté, Yrjö Alanen & Pekka Tienari (toim.) *Psykiatria 1*. Porvoo: WSOY, 29–57.
- Alastalo, Marja & Åkerman, Maria (2011) Tietokäytännöt ja hallinnan politiikka. Teoksessa Marja Alastalo & Maria Åkerman (toim.) *Tieto hallinnassa. Tietokäytännöt suomalaisessa yhteiskunnassa*. Tampere: Vastapaino, 17–38.
- Alasuutari, Pertti (2011) *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.
- Alhanen, Kai (2007) Käytännöt ja ajattelu Michel Foucault’n filosofiassa. Helsinki: Gaudeamus.
- Allen, Davina (2009) From boundary concept to boundary object: The practice and politics of care pathway development. *Social Science and Medicine* 69:3, 354–361.
- Allott, Piers (2004) What is mental health, illness and recovery? Teoksessa Tony Ryan & Jacki Pritchard (edit.) *Good practice in adult mental health*. London: Jessica Kingsley, 13–31.
- Baker, Paul & Gabrielatos, Costas & Khosravini, Majid & Krzyzanowski, Michal & McEnery, Tony & Wodak, Ruth (2008) A useful methodological synergy? Combining critical discourse analysis and corpus linguistics to examine discourses of refugees and asylum seekers in the UK press. *Discourse and Society* 19:3, 273–306.
- Blommaert, Jan (2005) *Discourse. Key topics in sociolinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Breeze, Jayne Ann & Repper, Julie (1998) Struggling for control: the care experiences of “difficult” patients in mental health services. *Journal on Advanced Nursing* 26:6, 1301–1311.
- Brijnath, Bianca & Antoniadou, Josefine (2016) “I’m running my depression.” Self-management of depression in neoliberal Australia. *Social Science & Medicine* 152, 1–8.
- Deacon, Brett J. (2013) The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review* 33, 846–861.
- Dean, Mitchell (1999) *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.
- Edwards, Rosalind & Mauthner, Melanie (2002) Ethics and feminist research: theory and practice. Teoksessa Melanie Mauthner, Maxine Birch, Julie Jessop & Tina Miller (edit.) *Ethics in qualitative research*. London: Sage, 15–32.

- Enns, Jennifer & Holmqvist, Maxine & Wener, Pamela & Halas, Gayle & Rothney, Janet & Schultz, Annette & Goertzen, Leah & Katz, Alan (2016) Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews. *Preventive Medicine* 87, 70–80.
- Eskola, Jarkko (2007) Yhteiskunta. Teoksessa Jarkko Eskola & Antti Karila (toim.) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita Prima, 14–44.
- Fairclough, Norman (1992) *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, Norman (1995) *Critical discourse analysis: the critical study of language*. London: Longman.
- Fairclough, Norman (1997) *Miten media puhuu*. Suomentaneet Virpi Blom & Kaarina Hazard. Tampere: Vastapaino. Englannin kielinen alkuteos 1995 *Media Discourse*.
- Fairclough, Norman (2013) *Critical discourse analysis: the critical study of language*. London: Taylor and Francis.
- Foucault, Michel (1991) *Governmentality*. Teoksessa Graham Burchell, Colin Gordon & Peter Miller (edit.) *The Foucault effect: studies in governmentality*. With two lectures and an interview with Michel Foucault. London: Harvester Wheatsheaf.
- Foucault, Michel (2005) *Tarkkailla ja rangaista*. Suomentanut Eevi Nivanka. Helsinki: Otava. Ranskan kielinen alkuteos 1975 *Surveiller et punir. Naissance de la Prison*.
- Foucault, Michel (2006) *History of madness*. Edited by Jean Khalfa. Translated by Jonathan Murphy and Jean Khalfa. London: Routledge.
- Fullagar, Simone & O'Brien, Wendy (2013) Problematizing the neurochemical subject of antidepressant treatment: The limits of biomedical responses to women's emotional distress. *Health: An interdisciplinary journal for the social study health, illness and medicine* 17:1, 57–74.
- Goffman, Erving (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin Group.
- Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa & Kaartamo, Riina & Kulmala, Anna (2013) *Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntotuskurssilla*. Etnometodologinen tapaustutkimus. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.
- Gylling, Heta Aleksandra (2006) *Tutkijan ammattietiikka*. Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 349–359.
- Hansson, Lars & Jormfeldt, Henrika & Svedberg, Petra & Svensson, Bengt (2013) Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry* 59:1, 48–54.

Hari, Riitta & Järvinen, Jaakko & Lehtonen, Johannes & Lonka, Kirsi & Peräkylä, Anssi & Pyysiäinen Ilkka & Salenius, Stephan & Sams, Mikko & Ylikoski, Petri (2015) Ihmisen mieli. Helsinki: Gaudeamus.

Hautamäki, Lotta & Helén, Ilpo & Kanula, Saara (2011) Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa. Teoksessa Ilpo Hélen (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 70–110

Heikkilä, Matti (2002) Eettisiä ongelmia yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Sakari Karjalainen, Veikko Launis, Risto Pelkonen ja Juhani Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 165–176.

Helén, Ilpo (2010) Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: Foucault’lainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Jani Kaisto & Miikka Pyykkönen (toim.) Hallintavalta: Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus, 27–48.

Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti, & Metteri, Anna (2011) Komplekseja katkoksia - psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Hélen (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 11–69.

Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (2003) Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka. Teoksessa Ilpo Helén & Mikko Jauho (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 13–32.

Helsingin Sanomat 3.1.2015. Mielenterveysongelmat ajavat nuoria eläkkeelle ennätysmäärän.
<http://www.hs.fi/kotimaa/a1420179850294> Viitattu 15.1.2016

Herman, Helen (2011) Promoting Mental Health. Teoksessa David Pilgrim & Anne Rogers & Bernice Pescosolido (edit.) The SAGE Handbook of Mental Health and Illness. London: Sage, 405–429.

Holma, Juha (2010) Mielenterveystyö ja psykologipalvelut. Teoksessa Pirkko Nieminen, Vesa Nevalainen & Juha Holma (toim.) Psykologin ammattikäytännöt. Helsinki: Edita Prima, 75–100.

Husso, Marita (2003) Parisuhdeväkivalta. Lyötyjen aika ja tila. Tampere: Vastapaino.

Hyväri, Susanna (2011) Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan – kaksi potilastarinaa. Teoksessa Ilpo Hélen (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 231–258.

Häikiö, Liisa & Niemenmaa, Vivi (2007) Valinnan paikat. Teoksessa Markus Laine, Jarkko Bamberg & Pekka Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus, 41–56.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (1997) Johdanto: Foucault ja hallinnoimisen ongelma. Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen (toim.) Biovallan kysymyksiä. Kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta. Helsinki: Gaudeamus, 7–27.

Jauho, Mikko (2010) Michel Foucault ja terveyden tutkimus. Teoksessa Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.) Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus, 157–173.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (1993) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino

Jokinen, Arja (2008) Sosiaalityö tukena ja kontrollina aikuisten kohtaamisessa. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 110–144.

Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (2016) Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino.

Juhila, Kirsi (2004) Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa Arja Jokinen, Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.) Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus, 20–32.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Juhila, Kirsi (Tampereen yliopisto) & Günther, Kirsi (Tampereen yliopisto) & Kaartamo, Riina (Tampereen yliopisto) & Kulmala, Anna (Tampereen yliopisto) & Raitakari, Suvi (Tampereen yliopisto) & Saario, Sirpa (Tampereen yliopisto): Nuorten aikuisten avohoidollinen mielenterveyskuntoutus 2010–2012: asiakkaiden haastattelut [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 1.0 (2012-02-08). Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [jakaja]. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD2713>.

Kaisto, Jani & Pyykkönen, Miikka (2010) Johdanto: Hallinnan analytiikan suuntaviivoja. Teoksessa Jani Kaisto & Miikka Pyykkönen (toim.) Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus, 7–24.

Kantola, Anu (2002) Markkinakuri ja managerivalta. Poliittinen hallinta Suomen 1990-luvun talouskriisissä. Helsinki: Loki-kirjat.

Karjalainen, Sakari & Saxén, Lauri (2002) Vilppi tieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Sakari Karjalainen, Veikko Launis, Risto Pelkonen & Juhani Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 221–245.

Karlsson, Nina & Wahlbeck, Kristian (2012) Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty? Pohjoismaiden puolitiehen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset. Yhteiskuntapolitiikka 77:5, 548–558.

Kiviniemi, Kari (2001) Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 68–84.

Kokkola, Anita & Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula & Sorsa, Minna (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen kuntaliitto ja Stakes.

Kroska, Amy & Harkness, Sarah K. (2006) Stigma Sentiments and Self-Meanings: Exploring the Modified Labeling Theory of Mental Illness. Social Psychology Quarterly 2006 69:4, 325–348.

Kulmala, Anna (2005) Kertomus mielenterveysongelmaiseksi määrittymisestä. Saatu diagnoosi osana itseymmärrystä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 4/2005: 42, 281–293.

Kulmala, Anna (2006) Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Kuosmanen, Paula (2007) ”Mitäs ehkäsy te käytitte?” Asiakaskäytäntöjä ja ensimmäisten lesbojen taktiikoita äitiyshuollon tiloissa. Teoksessa Jaana Vuori & Ritva Nätkin (toim.) Perhetyön tieto. Tampere: Vastapaino, 168–204.

Kuula, Arja (2006) Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 124–140.

Kuula, Arja (2011) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, Pekka (2006) Realismi ja sosiaalisen identiteetin episteeminen status. Teoksessa Pertti Rautio & Mikko Saastamoinen (toim.) Minuus ja identiteetti. Sosiaalipsykologinen ja sosiologinen näkökulma. Tampere: Tampere University Press, 36–56.

Lehto, Markku & Lindström, Kari & Lönnqvist, Jouko & Parvikko, Olavi & Riihinen, Olavi & Suksi, Ismo & Uusitalo, Hannu (2005) Mielenterveydenhäiriöt työkyvyttömyyseläkkeiden syynä. Ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111118/Selv200501.pdf?sequence=1> Viitattu 9.9.2016.

Leiman, Mikael (2007) Markkinat. Teoksessa Jarkko Eskola & Antti Karila (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima, 190–204.

Lorem, Geir F. & Hem, Marit H. & Molewijk, Bert (2015) Good Coercion: Patients's moral evaluation of coercion in mental health care. International Journal of Mental Health Nursing 24:3, 231–240.

Lönnqvist, Jouko (2014) Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 57–86.

Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes (2014) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 18–40.

Lönnqvist, Jouko & Moring, Juha & Henriksson, Markus (2014) Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 731–748.

Lönnqvist, Jouko & Moring, Juha & Vuorilehto, Maria (2014) Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 749–760.

Majapuro, Marketta (2013) E-scaped medicine: kuluttaja-potilaiden identiteettikeskusteluja osallistumisen kulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Aalto-yliopisto. Kauppakorkeakoulu. Viestinnän laitos.

Malin, Maili (2006) Biovalta, toiseus ja naisten toimijuus hedelmöityshoidoissa. Helsinki: Stakes.

Martin, Mike W. (2006) From Morality to Mental Health. Virtue and Vice in a Therapeutic Culture. Oxford: Oxford University Press.

Mary, Aurélie (2012) The Illusion of the Prolongation of Youth. Tampere: Tampere University Press.

Mattila, Markku (2003) Rotuhygienia ja kansalaisuus. Teoksessa Ilpo Helén & Mikko Jauho (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 110–127.

McCranie, Ann (2011) Recovery in Mental Illness: The Roots, Meanings and Implementations of a “New” Services Movement. Teoksessa David Pilgrim, Anne Rogers & Bernice Pescosolido (edit.) The SAGE Handbook of Mental Health and Illness. London: Sage, 471–489.

Meskus, Mianna (2009) Elämän tiede. Tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta. Tampere: Vastapaino.

Meyer, Michael (2001) Between theory, method and politics: positioning of the approaches to CDA. Teoksessa Ruth Wodak & Michael Meyer (edit.) Methods of critical discourse analysis. London: Sage, 14–31.

Mielenterveysbarometri 2015. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/11/Mielenterveysbarometri-2015.pdf> ja <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/11/Mielenterveysbarometri-2015-Nimby-mittari.pdf> Viitattu 1.2.2016.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Miller, Peter & Rose, Nikolas (2010) Miten meitä hallitaan. Suomentanut Risto Suikkanen. Tampere: Vastapaino. Englannin kielinen alkuteos 2008 Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life.

Mizock, Lauren & Russinova Zlatka & Millner Uma Chandrika (2014) Acceptance of Mental Illness: Core Components of a Multifaceted Construct. Psychological Services 11:1, 97–104.

Murto, Kari (1997) Yhteisöhoitoon suuntauksia. Jyväskylä: Jyväskylän Koulutuskeskus.

Mäkelä, Klaus (2006) Sosiaalitutkimuksen eettinen säättely. Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 360–378.

Nieminen, Pirkko & Renfors, Timo (2010) Psykologityö perusterveydenhuollossa. Teoksessa Pirkko Nieminen, Vesa Nevalainen & Juha Holma (toim.) Psykologin ammattikäytännöt. Helsinki: Edita Prima, 101–118.

Nordt, Carlos & Rössler, Wulf & Lauber, Christoph (2006) Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin* 32:4, 709–714.

Nuorten aikuisten avohoidollinen mielenterveyskuntoutus 2010–2012: asiakkaiden haastattelut: aineisto-opas. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, 2015.
<https://services.fsd.uta.fi/catalogue/FSD2713/PIP/dgF2713.pdf> Viitattu 2.3.2016.

Ojanen, Markku & Sariola Esa (1986) Skitsofrenia: laitoskierteestä vapauteen. Helsinki: Otava.

Olafsdottir, Sigrun (2011) Medicalization and Mental Health: The Critique of Medical Expansion, and a Consideration of How Markets, National States and Citizens Matter. Teoksessa David Pilgrim, Anne Rogers & Bernice Pescosolido (edit.) *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*. London: Sage, 239–260.

Partonen, Timo & Lönnqvist, Jouko & Syväjärvi, Erkki (2014) Biologiset hoidot. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 749–760.

Perron, Amelie & Rudge, Trudy & Holmes, Dave (2010) Citizen minds, citizen bodies: the citizenship experience and the government of mentally ill persons. *Nursing Philosophy* 11:2, 100–111.

Pesonen, Arja (2006) Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Lisensiaatintutkimus. Kuopion yliopisto. *Diakonia ammattikorkeakoulun julkaisuja. A tutkimuksia* 15. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Philip, Brigid (2009) Analysing the politics of self-help books on depression. *Social Science & Medicine. Journal of Sociology* 45:2, 151–168.

Pickersgill, Martyn D. (2013) Debating DSM-5: diagnosis and the sociology of critique. *Journal of Medical Ethics* 2014:40, 521–525.

Pietarinen, Juhani (2002) Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Sakari Karjalainen, Veikko Launis, Risto Pelkonen & Juhani Pietarinen (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus, 58–69

Pietikäinen, Petteri (2013) *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.

Pietikäinen, Sari & Mäntynen, Anne (2009) *Kurssi kohti diskurssia*. Tampere: Vastapaino.

Pirkola, Sami & Sohlman, Britta (toim.) (2005) *Mielenterveysatlas: tunnuslukuja Suomesta*. Helsinki: Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Poole, Rob (2004) Medical Diagnosis of Mental Illness. Teoksessa Tony Ryan & Jacki Pritchard (edit.) *Good practice in adult mental health*. London: Jessica Kingsley, 127–144.

Pyykkönen, Miikka (2010) Yhteisöistä yrityksiä? Sosiaalinen yritys ja muuttuva kolmas sektori. Teoksessa Jani Kaisto & Miikka Pyykkönen (toim.) *Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Helsinki: Gaudeamus, 119–142.

Raatikainen, Panu (2006) Voiko ihmistiede olla arvovapaata? Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 93–107.

Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (2011) Moraalinen järjestys ja aikuisuuden odotukset ammatillisessa vuorovaikutuksessa: esimerkkinä mielenterveyskuntoutus. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-kustannus, 189–214.

Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokangas, Elina (2011) Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–255.

Repper, Julie & Carter, Tim (2011) A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20:4, 392–411.

Rissanen, Päivi (2015) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Akateeminen väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Rogge, Benedikt (2011) Mental Health, Positive Psychology and Sociology of the Self. Teoksessa David Pilgrim, Anne Rogers & Bernice Pescosolido (edit.) *The SAGE Handbook of Mental Health and Illness*. London: Sage, 49–66.

Rolin, Kristina (2005) Tutkimuksen näkökulmasidonnaisuuden paradoksi. Teoksessa Liisa Husu & Kristina Rolin (toim.) *Tiede, tieto ja sukupuoli*. Helsinki: Gaudeamus, 97–111.

Romakkaniemi, Marjo (2011) Masennus: Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Ronkainen, Suvi & Pehkonen, Leila & Lindblom-Ylänne, Sari & Paavilainen, Eija (2013) Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro.

Rose, Nikolas (1990) *Governing the soul. The shaping of the private self*. London: Routledge.

Rose, Nikolas (2007) *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (2005) Johdanto. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Liisa Tiittula (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino, 9–21.

Savio, Annikki (2010) Euroopan unionin hyvinvointivaltioillistuminen. Teoksessa Jani Kaisto & Miikka Pyykkönen (toim.) *Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Helsinki: Helsinki University Press, 145–165.

Selin, Jani (2010) Kansalaisuuden tuottaminen yhteisöllisissä huumehoidoissa. Teoksessa Jani Kaisto & Miikka Pyykkönen (toim.) *Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Helsinki: Gaudeamus, 213–229.

Teghtsoonian, Katherine (2009) Depression and mental health in neoliberal times: a critical analysis of policy and discourse. *Social Science and Medicine* 69:1, 28–35.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2011) Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Tautiluokitus ICD-10. 5/2011 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1> Viitattu 15.1.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015) Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129792/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja%202015%20web.pdf?sequence=5> Viitattu 9.9.2016.

Tienari, Pekka (1990) Psykopatologia. Teoksessa Kalle Achté, Yrjö Alanen & Pekka Tienari (toim.) Psykiatria 1. Porvoo: WSOY, 95–117.

Tilastotietokanta Kelasto. Suomen eläkkeensaajat sairauden mukaan. <http://raportit.kela.fi/linkki/42639445> Viitattu 8.9.2016.

Toivio, Timo & Nordling, Esa (2013) Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2006) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 404–415.

Uusitalo, Hannu (1991) Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki: WSOY.

Vaara, Eero & Laine, Pikka-Maaria (2006) Kriittinen diskurssianalyysi metodologiana strategiatutkimuksessa. Teoksessa Kristina Rolin, Marja-Liisa Kakkuri-Knuuttila & Elina Henttonen (toim.) Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia. Helsinki: Gaudeamus, 155–173.

Van Dijk, Teun A. (2008) Discourse & Power. New York: Palgrave Macmillan.

Vuori, Jaana & Nätkin, Ritva (2007) (toim.) Perhetyön tieto. Tampere: Vastapaino.

Välimäki, Maritta & Taipale, Johanna & Kaltiala-Heino, Riittakerttu (2001) Deprivation of liberty in psychiatric treatment: a finnish perspective. Nursing Ethics 8:6, 522–532.

Wahlström, Jarl (2000) Miten olla erilainen aikuinen? Teoksessa Arja Jokinen & Eero Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 221–243.

Weiner, Talia (2011) The (un)managed Self: Paradoxical Forms of Agency in Self-Management of Bipolar Disorder. Culture, Medicine & Psychiatry 35:4, 448–483.

Wiberg, Matti (2006) Yhteiskuntatiede ja kohteen vahingoittaminen. Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 261–273.

Wodak, Ruth (1989) Introduction. Teoksessa Ruth Wodak (edit.) Language, Power and Ideology. Studies in political discourse. Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins, xiv-xx.

Wodak, Ruth & Meyer Michael (2001) Critical Discourse Analysis: History, Agenda, Theory and Methodology. Teoksessa Ruth Wodak & Michael Meyer (edit.) Methods of critical discourse analysis. London: Sage.

World Health Organisation (2001) The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organisation.

Yesilova, Katja (2009) Ydinperheen politiikka. Helsinki: Gaudeamus.

LIITTEET

Taulukko 1: sisällönanalyysi

Taulukko 2: sisällönanalyysi

Taulukko 3: sisällönanalyysi

Taulukko 4: sisällönanalyysi

Kuvio 2: biovallan kehä

Luettelo 1: luettelo aineistohaastatteluista

Taulukko 1: sisällönanalyysi

| Alkuperäisilmaukset | Pelkistetyt ilmaukset |
|---|--|
| <p>”Olin mä siel yhdessä sairaalassa---että ne tekee diagnoosin mun tilastani”</p> <p>”Ja vietiin sitten sieltä sairaalaan”</p> <p>”Mut vietiin sinne pakkohoitoon aika vähin perustein”</p> | Hoito psykiatrisessa sairaalassa |
| <p>”Ja sitten mun terapeutti ehdotti mulle tätä näin”</p> <p>”Menee ens viikon puolelle ennen kun saa tietää mitä tapahtuu”</p> <p>”Sillon ku oli puhetta siitä että aika ois siirtyä johonkin muualle nii ne ehdotti tätä”</p> | Tiedon portinvartija |
| <p>”Mä seuraan niitä pysyväisoireita ja varomerkkejä”</p> <p>”Ois oireidenhallintaryhmää, toiminnallista ryhmää, sosiaalisten taitojen ryhmää”</p> <p>”Oireidenhallinta on yks mikä pitäis saada paremmaks, arjenhallinta”</p> | Sairauden ja sen vaikutusten hallinta |
| <p>”Hoitaja niin edellisenä päivänä kirjottaa taululle seuraavan päivän ohjelman”</p> <p>”On semmosta ohjelmaa kovasti”</p> <p>”Valmiiksi aina aamulla kerrotaan mitä on päivä”</p> | Päiväohjelman määrittely |
| <p>”Työkokeilu, semmonen mitä on tätä kautta kans suositeltu”</p> <p>”Se työelämäkokeilu, se vaan jännittää nyt kauheesti”</p> <p>”Jotain koulua he on nyt suunniteltu mulle tähän”</p> | Tulevaisuuden suunnitelmien määrittely |
| <p>”--omaan asuntoon. Henkilökunta on kokenu sillain turvallisena.”</p> <p>”Mut mä yritän tänään selvittää sitä muuttopäivää ja mä kerron sulle vielä sitten tän päivän aikana”</p> | Asumismuodosta päättäminen |

| | |
|--|---|
| ”En mä niistä paljo saanu päättää, ku mä oisin omaan kotiin halunnu” | |
| ”Isää on pyydetty palaveriin--- ja ehkä ne on Kaupungin x päähän soitellu” ”Mietittäs vähän sellasta palaveria, missä voitais sun asioista keskustella paikan x henkilökunnan kanssa” ”Että mun jatkoja suunnitellaan” | Palaverit asiakkaan asioista |
| ”Rohkasua siihen oma-aloitteiseen elämään” ”Et sais sitä elämänhallintaa vähän kasaan” ”Oppis omatoimisesti kulkee vähän ulkonakin” | Itsehallinnan edellytykset |
| ”Et oli niin kamalan ahdistunut, ja sitten kun ei saanut sitä, sanottiin että ”odota kaks tuntia”” ”Se on hankalaa se tämmönen ryhmätyöskentely” | Hoitomuodoista ja hoidon sisällöstä päättäminen |
| ”Luvannu tehdä maksusitoumuksen, et sä pääset sinne” ”No kun se selitti, että budjetti on liian tiukka ja että kaikkee ei voi aina saada milloin tahansa” ”Jotain paperiasioita siinä oli mitä piti selvittää ja että onko täällä tilaa” | Hoitoon pääsyn portinvartija |
| ”Aamuhäätäminen ollu hankalinta” ”Yleisten tilojen siivous, kun siin on se tietty päivä millon siivotaan” ”Minuutinki myöhässä tosta aamukokouksesta, joutu tekee lopputyöt” | Ajankäytön ja päivärytmin määrittely |
| ”Ne psykologin testit oli aika vaikeet alussa” ”Diagnoosissa jotakin mainittiin, että mulla on kuulo- ja näköharhoja--- mä en oo yhtään samaa mieltä” ”Mä pelkäsin sitä b-koetta---että miten siitä suoriutuu” | Testaaminen ja diagnosointi |
| ”Et miks mä itte jouduin sen avun hakee” ”Pääsis enemmän purkaa niitä menneitä asioita” ”Enkä mä saanu mitään hoitoo sillon” | Hoidon epääminen |
| ”Ettei se vaan määräis lääkkeitä pelkästään” ”Ettei aina joka pieneen vaivaan niitä lääkkeitä ensin” | Lääkityksen ensisijaisuus |
| ”Että kun tuntuu pahalta--- ja siltikin tuntuu vaa että täytyy tehdä asioita” ”Alkukurssista tuntu et kaikki on sellasta pakkoa” ”Siivoominen on ollu raskainta, et ei millään huvittais siivota, mut ku aina on pakko ni” | Lempeä pakottaminen |

Taulukko 2: sisällönanalyysi

| Pelkistetty ilmaus | Alaluokka |
|---|-----------------------------------|
| Hoito psykiatrisessa sairaalassa Testaaminen ja diagnosointi Lääkityksen ensisijaisuus | Biomedikaalinen valta |
| Tiedon portinvartija Palaverit asiakkaan asioista | Tiedon kontrollointi |
| Päiväohjelman määrittely Ajankäytön ja päivärytmin määrittely Lempeä pakottaminen | Arjen rutiinien kontrollointi |
| Hoitomuodoista ja hoidon sisällöstä päättäminen Hoitoon pääsyn portinvartija Hoidon epääminen | Hoidon kontrollointi |
| Sairauden ja sen vaikutusten hallinta Tulevaisuuden suunnitelmien määrittely Asumismuodosta päättäminen Itsehallinnan edellytykset | Toivotun identiteetin tuottaminen |

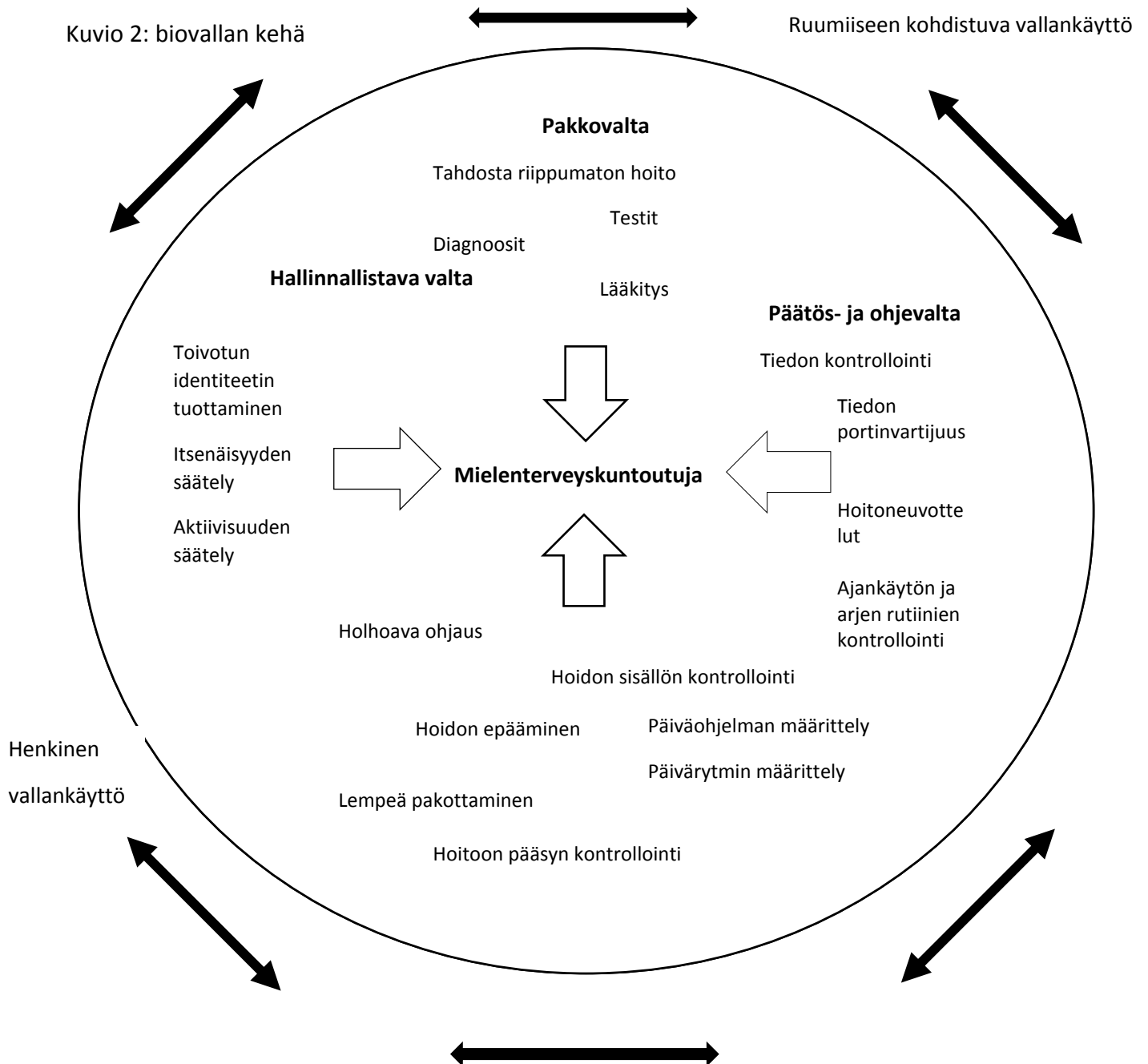
Taulukko 3: sisällönanalyysi

| Alaluokka | Yläluokka |
|---|------------------------|
| Biomedikaalinen valta | Pakkovalta |
| Tiedon kontrollointi Arjen rutiinien kontrollointi Hoidon kontrollointi | Päätös- ja ohjevalta |
| Toivotun subjektiuden tuottaminen | Hallinnallistava valta |

Taulukko 4: sisällönanalyysi

| Alaluokka | Yläluokka | Yhdistävä luokka |
|---|------------------------|--|
| Biomedikaalinen valta | Pakkovalta | Mielenterveyskuntoutujien kohtaama biovalta |
| Tiedon kontrollointi Arjen rutiinien kontrollointi Hoidon kontrollointi | Päätös- ja ohjevalta | |
| Toivotun subjektiuden tuottaminen | Hallinnallistava valta | |

Mielenterveyskuntoutujien hoito- ja kuntoutusjärjestelmässä kohtaama biovalta



Luettelo 1: luettelo aineistohaastatteluista

Haastattelu numero 1: mies, 32 vuotta

Haastattelu numero 2: nainen, 31 vuotta

Haastattelu numero 5: mies, 28 vuotta

Haastattelu numero 7: mies, 20 vuotta

Haastattelu numero 8: mies, 19 vuotta

Haastattelu numero 9: mies, 26 vuotta

Haastattelu numero 11: mies, 34 vuotta

Haastattelu numero 13: mies, 27 vuotta

Haastattelu numero 14: nainen, 28 vuotta

Haastattelu numero 17: mies, 25 vuotta

Haastattelu numero 19: mies, 37 vuotta

Haastattelu numero 20: mies, 22 vuotta

Haastattelu numero 22: nainen, 19 vuotta

Haastattelu numero 23: nainen, 26 vuotta

Haastattelu numero 24: mies, 25 vuotta

Haastattelu numero 25: mies, 19 vuotta